Annata 1940 - (Vol. XLVII) Roma, 30 Dicembre 1940-XIX Num. 52 (fine)

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO NEL 1893 DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI **FRANCESCO DURANTE**

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

Volume XLVII - Anno 1940

ROMA

Editore: LUIGI POZZI

N. 14 — Via Sistina — N. 14

—

1940-XIX

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per l'anno 1940

Agostinelli E. - Malo
Alberti G. - Arezzo.
Alessandri R. - Roma.
Andreani G. - Firenze.
Antognetti L. - Roma.
Armentano L. - Szeged (Ungheria).
Baggio G. - Pisa.
Ballabio B. - Milano.
Baschieri E. - Arezzo.
Bassi M. - Siena.
Baucet A. - Roma.
Bendandi - Roma.
Benedetti-Valentini F. - Spoleto.
Bentisàth A. - Szed (Ungheria).
Benvenuti M. - Aquila.
Bianchi E - Modena.
Blasi A. - Roma.
Bolognesi G. - Siena.
Bonadies A. - Roma.
Borsetti N. - Milano.
Botolozzi M. - Roma.
Boschi E. - Bologna.
Boschi G. - Ferrara.
Bruschini V. - S. Gimignano.
Busacchi V. - Bologna.
Cace M. - Roma.
Calisti E. - Perugia.
Casella G. - Reggio Calabria.
Castiglioni G. - Milano
Cavina G. - Firenze.
Ceccarelli G. - Padova.
Chidichino G. - Roma.
Cicchitto E. - Mogadiscio.
Ciarla E. - Milano.
Colucci C. - Tivoli.
Conte R. - Bari.
Coppo E. - Roma.
Coppo M. - Roma.
Corelli F. - Roma.
Corradetti A. - Roma.
Costa L. - Codigoro.
Curatolo A. - Roma.
D'Agostino A. - Roma.
D'Alessandro G. - Palermo.
De Candia S. - Roma.
De Lotto E. - Gimma.
Di Marco I. - Roma.
De Mauro P. - Roma.
De Vecchis - Roma.
Dorigo A. - Roma.
Donini G. - Venezia.
Dragotti G. - Roma.
Emmi A. - Poggio Berni.
Fabris A. - Roma.
Faelli C. - Roma.
Fanano V. - Roma.
Ferrannini L. - Bari.
Filippini A. - Roma.
Fragòla P. - Roma.
Frattini P. G. - Torino.
Frugoni C. - Roma.
Gabbianelli L. - Roma.
Garofalo F. - Roma.
Gasbarrini A. - Bologna.
Geo R. - Roma.
Ghisio G. - Vercelli.
Giaquinto D. - Sondalo.
Giugni F. - Lugo di Romagna.
Gosio R. - Roma.
Grasso R. - Roma.
Greppi E. - Firenze.
Gualdi A. - Roma.
Gucci G. - S. Gimignano (Siena).
Guglielmetti P. - Grosseto.
Izar G. - Siena.
Jandolo C. - Roma.
La Cava G. - Pisa.
Lazzarini L. - Milano.
Lega G. - Roma.
Liuzzo G. - Roma.
Longo D. - Gorizia.
Loriga G. - Napoli.
Lucherini T. - Roma.
Lucrezi G. - Napoli.
Magrassi R. - Roma.
Malcangi S. - Roma.
Marconi F. - Roma.
Martinetti R. - Firenze.
Mastrangelo G. - Trieste.
Matronola G. - Roma.
Maugeri S. - Milano.
Meineri P. A. - Roma.
Melloni F. A. - Milano.
Mesiti M. - Roma.
Micheloni A. - Milano.
Michetti G. - Genova.
Milani E. - Roma.
Mingazzini E. - Roma.
Mòglie G. - Roma.
Mona C. - Pietrapertosa.
Monacelli M. - Messina.
Monteleone R. - Roma.
Montesano V. - Roma.
Montesano V. junior - Roma.
Mussafia A. - Roma.
Nalli G. - Milano.
Neri V. - Bologna.
Nucciotti L. - Dessiè.
Nuti F. - Siena.
Pagliai E. - Firenze.
Patrignani F. - Ancona.
Paolucci R. - Roma.
Patrono V. - Roma.
Peratoner U. - Roma.
Perilli G. - Roma.
Petacci M. - Monza.
Piana G. B. - Mortara.
Picardi G. - Roma.
Pieri G. - Udine.
Piulachs P. - Barcellona.
Platania S. Catania.
Poddine G. - Roma.
Pontrandolfi P. - Roma.
Pozzi A. - Roma.
Prati M. - Modena.
Raffaele G. - Roma.
Recchia F. - Roma.
Reitano U. - Roma.
Ricci G. - Roma.
Rifelli M. - Roma.
Rinaldi E. - S. Giovanni Valdarno.
Rivano R. - Genova.
Rubegni R. - Roma.
Ruggieri E. - Roma.
Sabatini G. - Genova.
Saija E. - Roma.
Salvini D. - Roma.
Sardo M. - Roma.
Sartorelli E. - Povoletto.
Scalfi L. - Roma.
Scavo E. - Roma.
Schiassi B. - Bologna.
Schnetz H. - Graz.
Scoccianti R. - Pisa.
Serafini U. - Roma.
Setzu A. - Bologna.
Sibilia D. - Roma.
Silvestroni E. - Roma.
Sorrentino F. - Catania.
Sovena E. - Roma.
Spicca G. - Roma.
Stefani S. - Roma.
Stefanutti P. - Catania.
Tarabini-Castellani A. - Modena.
Tavani G. - Asti.
Tilli P. - Roma.
Timpano P. - Reggio Calabria.
Toniolo S. - Firenze.
Torchi M. - Bolzano.
Torrioli M. - Roma.
Toscano C. - Borgosesia.
Tosti F. - Roma.
Trikurathis G. - Gignod.
Valdoni P. - Modena.
Valle R. - Milano.
Vallone G. - Istonio.
Varvello V. - Vercelli.
Verney L. - Roma.
Vitturelli D. - Trieste.
Zanello D. - Bologna.
Zava L. - Treviso.

INDICE GENERALE

VOLUME XLVII - 1940

Indice per rubrica

Pag.

LEZIONI E PROLUSIONI

PROSPETTIVE

LAVORI ORIGINALI

NOTE E CONTRIBUTI

OSSERVAZIONI CLINICHE

RELAZIONI

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

TECNICA CHIRURGICA

TECNICA MEDICA

CENNI BIBLIOGRAFICI - NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

A causa della deficienza di spazio, non pubblichiamo il consueto elenco di libri. Ne abbiamo fatto tirare un certo numero di copie e le teniamo a disposizione di chi ce ne farà richiesta.

ACCADEMIE - SOCIETA' - CONGRESSI

SUNTI E RASSEGNE - APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO - AMMINISTRAZIONE SANITARIA - CRONACA DEL MOVIMENTO CORPORATIVO - MEDICINA SOCIALE; v. l'Indice delle materie.

CONCORSI - NOMINE - PROMOZIONI - ONORIFICENZE - NOTIZIE DIVERSE; v. alla fine dei fascicoli.

Indice alfabetico delle Materie

B

C

E

F

G

H

I

N

O

P

T

Indice alfabetico degli autori.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Medica (a periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XLVII (1940):**

LAVORI ORIGINALI.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Chirurgica (a periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XLVII (1940):**

LAVORI ORIGINALI.

Abbonamento annuo alla SEZIONE CHIRURGICA: Italia L. 60 · Estero L. 70

Un numero separato L. 6

Assumendone l'abbonamento insieme alla Sezione Pratica, l'importo complessivo è di L. 125 per l'Italia e di L. 180 pe l'Estero.

C. Frugoni, Red. capo.

A. Pozzi, resp.

Roma, Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

VOLUME XLVII Roma, 8 Gennaio 1940 - XVIII Num. 1

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

Per l'anno 1940.

Ai Medici Italiani,

Il medico oggi, qualunque sia il campo nel quale egli svolge la sua attività, anche se specialistica, deve aggiornare e consolidare sempre più le nozioni fondamentali di medicina e di chirurgia generale.

La mentalità medico-chirurgica si va sempre più avvicinando e ingranando. Oggi il pensiero medico è continuamente polarizzato a soluzioni chirurgiche e l'attività del chirurgo è animata da mentalità medico-biologica.

Oggi il medico vede nella chirurgia l'ausilio frequente a problemi che sembravano strettamente inerenti alla medicina interna e persino vi sono medici che si fanno chirurghi (nel campo della chirurgia toracica e della neurochirurgia si contano brillanti esempi).

D'altra parte, l'alta coltura e la mentalità scientifico-biologica del chirurgo moderno fanno di lui un medico che cura chirurgicamente. D'onde la necessità per ogni medico di ravvivare sempre più la propria coltura generale e di seguire l'evoluzione e il progresso della medicina interna e della chirurgia generale e di avere a disposizione giornali che lo informino sinteticamente degli infiniti problemi generici e specialistici, nonchè medici politico-sociali e dei grandi progressi attuali nel campo della medicina curativa e preventiva.

" Il Policlinico ,, *nelle sue tre sezioni* medica, chirurgica e pratica *è l'unico giornale Italiano che da solo mette il medico in condizione di poter corrispondere ai molteplici obbietti indicati. E ogni sforzo sarà fatto perchè le due sezioni medica e chirurgica comprendano i migliori contributi d'indole eminentemente scientifico-pratica e di natura clinica, mentre la sezione pratica, aperta alla collaborazione di tutti, cercherà di essere sempre più largamente ecletticamente aggiornata e sopratutto utile al medico pratico, che ha bisogno di nozioni brevi, selezionate, esposte in guisa da consentire dirette deduzioni e applicazioni.*

" Il Policlinico ,, *in questa ora per tutti di raccolto e severo lavoro a servizio del nostro Paese, farà il più e il meglio che può per corrispondere al fine di un sempre maggiore potenziamento intellettuale della classe medica italiana.*

LA REDAZIONE

SOMMARIO.

PROLUSIONI

Le tradizioni delle Scuole Mediche di Bologna e di Padova. Metodi e problemi dell'insegnamento clinico.

Prof. A. GASBARRINI.

Eccellenze, Magnifico Rettore,
Signore, Colleghi, cari Studenti,

Nell'ascendere oggi questa Cattedra gloriosa, che nei secoli brillò di luce immortale e costudì con religiosa cura la fama della sua altissima tradizione, il mio animo sosta e si raccoglie come nel pronao di un Tempio consacrato a Dio, per elevarsi in un desiderio di perfezionamento, che mi renda degno di entrare in questo Tempio della Scienza, dove insegnarono genî immortali.

Nel tumulto dei sentimenti che la parola è incapace di esprimere in tutta la loro intensità, sono primi quelli di gratitudine per S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale, che ha voluto concedermi il più alto onore, per Voi, Rettore Magnifico, che mi avete dimostrato tanta benevolenza e fiducia, per gli amici che hanno auspicato il mio ritorno nell'Ateneo bolognese, per quanti, venuti da lontane sedi, mi allietano con la loro presenza, per Voi, giovani, che mi dite col vostro entusiasmo quanto sarà intima e perfetta la comunione del nostro quotidiano lavoro.

Al Maestro, che oggi lascia questa Cattedra, dalla quale risuonò l'alta dottrina, al prof. Giacinto Viola, il sentimento della mia reverente ammirazione e la promessa che l'opera egregia dal suo intelletto creata sarà religiosamente custodita.

Al prof. Luigi Zoja, mio Maestro e mia guida, il palpito della filiale imperitura riconoscenza.

Gli antichi Maestri dello Studio bolognese sono presenti in queste Aule, sacre alla loro fatica, alle loro indagini, alla loro passione: sgorga perenne dal nostro cuore il canto della gratitudine per tanta gloria di Scienza, irradiante, attraverso i secoli, luci che dovevano restare definitive nello spirito umano.

Quando otto anni or sono la Facoltà di Medicina dell'Università di Padova mi concesse l'altissimo onore di chiamarmi all'insegnamento della Clinica Medica, nel lasciare questa cara Bologna, per uno di quegli inspiegabili sentimenti che vivono in fondo all'animo, forse sconosciuti a noi stessi, ma che pur dicono la loro parola di verità, provai la sensazione che il legame che mi univa a questa Città non si era infranto, sensazione non soltanto mia personale, ma anche di quanti presagivano il mio ritorno.

Ai miei vecchi e fedeli amici, ai valenti medici di Bologna e della Regione, dai quali ho avuto chiari segni di affetto, esprimo tutta la mia gioia di ritrovarmi fra loro.

Padova, la gentile Città del Veneto, tutta fulgente della gloria del suo secolare Ateneo, mi accolse con l'ospitalità che già conobbero le antiche generazioni di Maestri e di Scolari, quando, migrati dagli altri studî, provarono le dolcezze della « Patavina libertas », sorgente perenne di gloria.

Padova, che considerò il suo Studio come uno dei maggiori titoli di nobiltà, ne difese l'amore sereno del sapere e le conquiste audaci della Scienza, ed oggi, continuando la tradizione ininterrotta, ne segue il costante rinnovamento, mentre ogni cosa nella Città gentile parla della Storia antica e nuova dello Studio fiorentissimo, sia nel ricordo dei Maestri illustri, eternati nei nomi, nelle opere, nel bronzo e nel marmo, sia nella visione della spensierata perenne giovinezza goliardica, che passa cantando il suo inno di fede e di amore.

A Padova, centro mondiale di cultura, ai colleghi e carissimi amici di Facoltà, alcuni dei quali, con a capo il Rettore magnifico ed il Preside, hanno voluto essere oggi qui presenti, ai miei dilettissimi studenti del seco-

lare Ateneo, al Veneto che racchiude nel nome la potenza di Venezia regina e la riconquista delle terre redente col sacrificio eroico, il sentimento della gratitudine, che in quest'ora pervade tutto l'animo mio, con un senso nostalgico che, nè volgere di tempo, nè forza di eventi riusciranno ad affievolire!

Bologna e Padova: due nomi, due fulgide stelle, spiritualmente unite da una millenaria tradizione di dottrina e di studio!

Chi non conosce le relazioni culturali che nei secoli strinsero con saldo vincolo questi due grandi Atenei?

Dalla Scuola bolognese, che aveva raccolto intorno ai Maestri famosi i giovani pellegrini del sapere, vaganti di terra in terra, avidi di ascoltare il verbo della scienza audace e la voce viva, ardente del Maestro liberamente scelto, vennero a Padova i nuovi scolari e i nuovi docenti e vi trovarono quella libertà, che rese lo studio patavino palestra d'ogni più luminosa conquista, e che sublimandosi nel nome di Galileo Galilei, ai cultori delle scienze mediche rivelava con la diretta ricerca scientifica i misteri della vita e della morte.

Da allora le Scuole immortali di Bologna e di Padova si contendono i più alti onori e fra i due studî si inizia uno scambio felicissimo di Maestri, di dottrine e di metodi.

Così, se nella seconda metà del secolo XIII, Bologna annovera fra i suoi uditori Dante Alighieri, il quale nel nome di Taddeo degli Alderotti, clinico insigne, ippocratico, personifica lo studio della medicina, lo stesso onore toccherà ben presto alla vicina Padova, dove il Sommo Poeta si reca ad ascoltare la parola di Pietro d'Abano, spirito multiforme di alchimista, di scienziato e di filosofo, di medico e di naturalista, vero pioniere delle dottrine individualistiche!

E se con l'insegnamento Dell'Alderotti e del Saliceto, che con i primi chirurghi si accinge all'instaurazione della nuova chirurgia, l'influenza della Scuola bolognese su quella padovana è evidente, la dottrina di Pietro d'Abano non può — d'altra parte — non incidere sullo studio di Bologna, per opera di un seguace dell'Aponense, il grande Mondino de' Luzzi, il quale nel travaglio del pensiero anatomico, informa alle direttive del Maestro le sue opere di Medicina.

Ed ecco i Santa Sofia ed i Dondi dell'Orologio di Padova, che hanno insegnato anche a Bologna, ed i Torrigiani e i Del Garbo di Bologna, che portano a Padova le teorie della loro scuola, come più tardi Pietro da Tossignano rivalorizza a Padova il metodo clinico dell'Alderotti.

E continua così la serie dei Maestri, che furono anche umanisti, filosofi, letterati, studiosi delle opere di Ippocrate e di Galeno e di tutta l'antica medicina greco-latina.

Alessandro Achillini, Gabriele Zerbi, anatomici illustri, insegnarono nelle due Università di Bologna e di Padova, e forse in entrambe fu maestro Alessandro Benedetti, clinico, anatomico e fisiologo, fondatore anzi della Scuola Anatomica padovana proprio agli albori della Rinascenza, che fece in Padova costruire in legno il primo teatro anatomico smontabile, padre, col Benivieni di Firenze, dell'Anatomia-Patologica.

Risuonano nella Scuola padovana nomi insigni: Andrea Vesalio, iniziatore del metodo sperimentale della vivisezione, grande riformatore dell'Anatomia umana, a cui aprì una fulgida era; il suo allievo Realdo Colombo, Gabriele Falloppio, Girolamo Fabrizio d'Acquapendente, a cui si deve il più antico teatro anatomico stabile, Guglielmo Harvay, che dalla sapienza dei suoi Maestri padovani trasse in gran parte la dimostrazione della circolazione del sangue, Mercuriale, precursore dell'insegnamento delle specialità cliniche e dei metodi ginnastici e sportivi degli antichi; e se il Vesalio stesso costruì un teatro anatomico simile a quello di Padova, i suoi successori furono legati da relazioni culturali con i Maestri bolognesi: Bartolomeo Maggi, Giulio Cesare Aranzio, Ulisse Aldrovandi, Wolcher Coiter, Costanzo Varolio, Gaspare Tagliacozzi.

L'anatomia risplendeva di chiara luce nei due studî e nuovi orizzonti si aprivano alla Clinica da Girolamo Fracastoro, poeta, patologo e biologo, che intuì l'origine dei contagi nei germi vaganti nell'aria, a Mercuriale, a Giambattista da Monte, ammiratore e seguace delle dottrine di Taddeo degli Alderotti, che insegnò a Padova ed a Bologna e diresse la prima Clinica del mondo nell'antico Ospedale di San Francesco in Padova. A Lui spetta il merito di aver inaugurato il metodo delle esercitazioni degli studenti al letto degli ammalati e della compilazione delle storie cliniche.

Nel seicento, il secolo nel quale ha principio la storia della medicina moderna ed i problemi fisiologici sono messi a base del suo studio, le due Scuole si trovano sempre in gara: Padova vanta un Santorio Santorio, precursore degli studî sul metabolismo basale, un Casseri, uno Spigelio per l'anatomia, un Antonio Vallisnieri, fisiologo, naturalista e clinico, che continua ad estendere il metodo sperimentale della Scienza medica, un Giovanni Colle, insigne chirurgo, iniziatore della trasfusione del sangue, nonchè clinici di grande valore, quali Guglielmini, Bernardo Ramazzini, fondatore della patologia del lavoro, precursore dell'infortunistica e dell'idroclimatologia, rami oggi di palpitante attualità; d'altra parte: Bologna si gloria dell'insegnamento di Marcello Malpighi, padre dell'anatomia istologica, che col Redi e col Borelli dà un grande impulso al progresso della medicina. Alla sua Scuola si formano Fran-

cesco Albertini e Anton Maria Valsalva, il cui nome è tramandato alla storia dalla grandezza dell'opera immortale da Lui composta e dall'onore di essere stato maestro del Morgagni, che filialmente lo amò.

Ed ecco nel settecento la luce che si irradia dalla Cattedra del forlivese Giambattista Morgagni, creatore dell'anatomia-patologica, maestro insuperabile degli anatomici e dei fisiologi, pioniere della medicina moderna e della nostra rinascita autarchica nel campo scientifico, clinico tradizionale, intelletto multiforme e schiettamente italico, che riesce a divinare le realtà ancora oscure della scienza. Con Lui, a buon diritto chiamato figlio spirituale del Valsalva e nipote del Malpighi, « sempre presente a Bologna — scrive il Puccinotti — con le sue opere, con le sue lettere, con i suoi allievi » si rinsalda l'aureo legame fra i due studî secolari di Bologna e di Padova, che l'ebbero studente e maestro,

In una lettera del 29 Marzo 1769, rimasta in parte inedita, indirizzata al Morgagni da un suo grande discepolo bolognese, Jacopo Bartolomeo Beccari, presidente dell' Accademia delle Scienze di Bologna, a cui il Morgagni aveva inviato in dono l'incomparabile opera sua « De sedibus et causis morborum », così è detto: « Io mi rallegro per la gloria, di cui s'accresce l'immortale Vostro nome e pel gran bene che Voi avete fatto con questa utilissima opera a tutto il mondo, il quale ne sentirà il vantaggio, finchè durerà la necessità di conoscere i luoghi offesi e le cagioni delle malattie ». Divinazione questa del Beccari, che poneva l'Anatomia Patologica allora nascente a fondamento delle discipline mediche!

All'immortale Morgagni succede Leopoldo Caldani, proveniente dalla Scuola bolognese.

Che dire della schiera dei Clinici Medici della seconda metà del secolo XVIII ai giorni nostri, che lasciarono tanta luce nei due antichissimi studî di Bologna e di Padova?

Mai la storia della Medicina ci ha offerto un esempio più luminoso di scambio intellettuale, come è avvenuto per gli studî clinici di questa epoca nelle due Università consorelle.

Col lampo della intuizione e con tenace lavoro, soprattutto alcuni di questi atleti del progresso della medicina, segnano il ritorno alle classiche origini storiche del pensiero medico, all'indirizzo cioè unitario di Malpighi e di Morgagni.

Ed infatti, se le teorie vitalistiche del Rasori, che tanta risonanza ebbero in Italia e fuori, vengono seguite e rielaborate in questo Studio bolognese dalle menti acute di Antonio Testa e di Giacomo Tommasini, e trovano eco nella vicina Scuola padovana negli insegnamenti del Bondioli, del Fanzago, col suo allievo Pinali, del Brera, ben presto si inizia in Padova, per opera del Dalla Bona e del Comparetti, un movimento di riscossa, diretto ad orientare i giovani ippocraticamente allo studio obbiettivo dei fenomeni morbosi ed a liberare la medicina dalle complicate e fantastiche costruzioni teoriche e dai sistemi più o meno filosofici.

Quand'ecco due grandi restauratori e novatori del pensiero medico italiano erigersi a dare il colpo di grazia al vitalismo metafisico ed a tutto l'artificioso edificio di imbibizione sofistica e di apriorismo in medicina, Maurizio Bufalini, e Luigi Concato: il primo cresciuto sui banchi di scuola di questa « Alma mater Studiorum », oggi eternato in un ricordo marmoreo nel Museo geologico Giovanni Capellini di questa Università, il secondo, l'idolatrato Maestro di Clinica Medica di Bologna, che solo l'affetto e la riconoscenza al « natìo loco » valgono a ricondurre dopo un decennio e mezzo nella sua Padova, dove trascorre due anni della sua esistenza, che fu tutta intessuta di sventure e di glorie, di sacrifici e di lotte. L'opera di questi due Grandi valse a riportare la Clinica sulla via maestra, ridonando prestigio alla cattedra di Bologna e preparandola quasi alla gloria luminosa, che presto doveva venirle dall'insegnamento di Augusto Murri.

Nel pronunziare questo nome, che suscita sentimenti di reverenza e di ammirazione in noi tutti, mi pare di veder aleggiare in quest'aula la grande ombra del Pensatore e del Maestro, il quale, per l'elevatezza dell'intelletto, la nobiltà del suo sacerdozio, l'eccezionale potenza dell'analisi critica, sovrasta tutti, quale riformatore dell'insegnamento clinico, che egli sublimò con serrata logica, di cui mai si vide l'eguale. I suoi diletti e fedeli Allievi, oggi insigni Maestri, sentono ognora il fascino che esercitava d'attorno questa magnifica figura di Educatore e di Insegnante, che, sempre aderente ai principî direttivi ed al metodo, dedicò tutta la forza del suo intelletto alla Scuola, nella quale seppe plasmare tante generazioni di medici, inspirandoli alla tecnica del pensiero ed a supremi concetti di verità!

Un altro grande Maestro nel campo della Fisiologia e della Clinica fu Pietro Albertoni, a cui si rivolge il mio pensiero devoto.

Ma un ultimo debito di riconoscenza mi è dolce assolvere in quest'ora verso le due Università sorelle Bologna e Padova: il saluto al mio illustre predecessore Giacinto Viola, che ha tracciato un solco profondo nella storia del pensiero medico italiano con la concezione e l'applicazione di un metodo ovunque seguito, per lo studio della costituzione individuale, si estende al suo grande Maestro, Achille De Giovanni, il quale mosse i primi passi proprio in questa Bologna a fianco di Luigi Con-

cato: apostolo, creatore geniale del moderno edificio della Medicina costituzionalistica, che ormai tutto il mondo segue ed accetta, precursore dei tempi, che attraverso lotte acerbe, inevitabili sempre nell'agitarsi delle grandi idee innovatrici, ha fatto brillare i due vicini Atenei di una luce, che non si spegnerà mai.

A tanti spiriti eletti dei due studî secolari da me rievocati nel turbamento sincero, che mi domina, chiedo protezione con umiltà di cuore!

*
* *

Cari giovani,

Si è a lungo discusso nel passato se la Clinica fosse da considerare una Scienza: l'incessante, prodigioso travaglio di rinnovamento, che si è andato determinando da pochi decenni nell'indirizzo degli studî clinici per i sempre più stretti rapporti con le scienze biologiche e con le altre branche collaterali, ha definitivamente sedato ogni dibattito, e la nostra disciplina, per essere talora inspiratrice ed ideatrice, è anzi assurta a *Scienza delle scienze*. Chi, infatti, si sentirebbe di negare fra il vertiginoso progredire della medicina che una Scuola di Clinica Medica rappresenti oggi la vera fucina di ricerche scientifiche, che attingendo di continuo dalle scienze pure, applichi le cognizioni che da esse trae, per lo studio e la diagnosi dei morbi?

E chi non vede che la Clinica, pur valendosi di rigorosi metodi scientifici per affinare ogni suo problema, non si limita ad una funzione di controllo e di applicazione, ma allarga, completa e valorizza le conquiste delle altre branche, portandole talora a visioni non previste dal ricercatore puro? Il clinico, come scienziato, non può fare se non raramente esperimento, ma fa quell'analisi dei fenomeni naturali, che è ragione di ogni esperimento ed essa stessa bastevole all'acquisto del vero. La Clinica, dunque, se ha tratto dignità ed impulso per il progredire delle scienze mediche, muovendo, d'altra parte, ogni suo passo nel campo pratico-applicativo, è in grado di porre problemi ai biologi, di criticare i risultati delle loro indagini, applicandoli sul malato, di preannunziare importanti scoperte, additando così la via all'indagine sperimentale, impostando problemi ed affermando concetti che il tempo consacrerà poi per veri. Dobbiamo quindi augurarci che i biologi puri attingano più spesso la ispirazione delle loro indagini dall'uomo infermo, che muovano essi dal terreno dell'osservazione clinica, che sempre più netto scaturisca dalla produzione scientifica delle nostre Scuole l'indirizzo clinico-biologico.

Non è, infatti, il malato stesso che, attraverso il ragionamento diagnostico, costituisce una miniera inesauribile di problemi biologici, problemi di fisiologia, di patologia, talora dei più palpitanti di attualità e fecondi di osservazioni?

È lecito dunque ritenere che in nessun altro ambiente come in quello della Clinica, la ricerca di un fisiologo, di un fisico o di un patologo generale, potrebbe essere più feconda di risultati, onde il Riva ebbe a dire: « che il clinico, mentre è clinico nell'insegnamento, è patologo, biologo, nello studio scientifico dei problemi che gli vengono suggeriti dal malato ».

Fra Patologia e Clinica è un continuo ricambio di impulsi vitali; ma è la Clinica che offre a quella incessanti nuovi spunti di indagine, che la Patologia elabora con l'esperimento in sistematica dottrina, e su questa la Clinica si erge per vedere più lontano e di essa si vale per indagare il significato del « fatto » ed al confronto inesorabile di questo viene continuamente saggiando la verità delle costruzioni della mente umana.

*
* *

Se l'osservazione è la base di tutte le scienze, da essa deve muovere lo studio del malato. Si può ancor oggi solennemente affermare che la più larga preparazione biologica e culturale è di per sè insufficiente a formare un clinico, ove non sia integrata da una sana e vasta esperienza pratica e profonda conoscenza del malato, in armonica associazione con particolari doti, che, permeate di senso artistico e quasi intuitivo, convergano a plasmare la personalità del clinico. Non ha il Viola magistralmente affermato che la « cosidetta scienza pratica è il più alto gradino della conoscenza e che essa sola sa impossessarsi della realtà? ».

Con voce alta adunque va affermata la finalità squisitamente pratica del nostro insegnamento clinico, sempre, naturalmente, inquadrata nella preparazione scientifica e sulle solide basi dell'anatomia-patologica, che è materia viva e delucidatrice: soltanto così la Clinica, come scienza e come corpo di dottrina, assolverà al suo compito di stimolatrice e creatrice di progresso e di indirizzo di scuola.

Ma occorre badare al metodo di osservazione: nel rilievo intelligente e penetrativo dei fatti morbosi in natura, come punto di partenza verso la via che dall'analisi dovrà condurre al fastigio della sintesi, si compendiano gli elementi indispensabili alla forza del clinico moderno. Orbene, non v'è compito più difficile che di investigare. Di solito, le mani, l'occhio, l'orecchio consegnano al cervello gli stimoli ad esso noti; il difficile sta nel colpire un segno ad altri per lungo tempo sfuggito, nel penetrare lontano con l'occhio educato ed affinato, nel rilevare i sintomi più utili,

nel saperli coordinare e con acume critico, dal confronto del valore di essi, talora da minime sfumature dei rilievi, saper trarre conclusioni diagnostiche ardite e precise. In tale pregevole attitudine mentale stanno racchiuse la fortuna del Clinico e la possibilità di cogliere i primi segni della malattia, che ne costituiscono le frontiere, così utile ad essere avvistate per il progresso della terapia, scopo supremo, direi divino, della Clinica.

Oggi, più che mai, il motto « observatio et ratio » imposto dal Cardarelli alla sua Scuola, va considerato e seguito. Pensate alla potenza logica e critica del Murri, il quale vedeva in essa le armi necessarie alla ricerca del vero ed a concedere alla Clinica tutta la sua dignità. « Nella Clinica, come nella vita — affermava questo grande Maestro — bisogna avere un preconcetto, uno solo, ma inalienabile, il preconcetto che tutto ciò che si afferma e che par vero può essere falso; bisogna farsi una regola costante di criticar tutto e tutti prima di credere; bisogna domandarsi sempre come primo dovere: « perchè io devo credere questo »?

Il cosidetto « senso clinico od occhio clinico » non è in fondo se non l'abito mentale di chi con logica sistematica ed acume critico, attraverso una minuta analisi, senza mai abbandonare il fondamento di scienza e di esperienza, senza fronzoli, senza inutile dottrinalismo, semplificando, coordinando, sa giungere rapidamente ad un giudizio sintetico. E chi non ha la mente adatta alla sintesi non può riuscire buon clinico! Avviene però talora che la discussione diagnostica si impianti su elementi di giudizio insufficienti ed il ragionamento logico tratto da essi conduca ad una diagnosi in tutto od in parte errata: sarà un errore « logico », come diceva il Riva, quello che per ciò potrà commettersi in tal caso, errore anzi rinnovabile in casi consimili. Ma quando lo stesso uso rigoroso della logica è insufficiente a sciogliere i problemi che ci si parano d'innanzi, può intervenire il cosidetto « intuito clinico » a dare nuovo impulso verso il vero. Questa facoltà intuitiva viene così a costituire il controllo della ragione, quando essa fallisca e ad elevare la Clinica a vera arte sublime!

Ma la intuizione non è da noi considerata, come vorrebbero alcuni innovatori novecentisti, una facoltà quasi « divinatrice », mirante ad arrivare alla guarigione con le mani nude, « per la via dell'anima », volendo ripetere una ironica frase del collega Di Guglielmo, bensì, secondo l'affermazione di Augusto Murri, « essa sta nel sapere, nell'osservare, nel concludere, la divinazione, non essendo al più, se non una inferenza giusta da un'osservazione rapidissima, ma esatta »; essa è, seguendo il concetto di Frugoni, una « intuizione consapevole, per quanto artistica, se si vuole, ma frutto di lunga, quotidiana osservazione e ragionata registrazione di fatti »; e come tale, pur facendone un saggio uso nella pratica medica, quest'arma della intuizione ritorna ancor oggi, come osserva il Galdi, più lucida ed affilata.

Ma poichè sul cammino della verità le insidie ci minacciano ad ogni piè sospinto, in specie quando venga meno il dono della intuizione, che è tutto soggettivo, personale e prerogativa soltanto di pochi, nostro precipuo compito dovrà essere di ridurre al minimo quegli errori che superficialità di osservazione e mancanza di rigida tecnica inevitabilmente creano.

*
* *

Si è parlato alcuni anni or sono dalla stampa scientifica estera di *crisi della medicina*, derivante dall'errato indirizzo scientifico del secolo scorso per il prevalere soprattutto della patologia cellulare e della batteriologia, donde la necessità di un ritorno alle concezioni del passato, alla medicina classica dell'era ippocratica.

Orbene, dobbiamo intenderci: certo, non v'è chi possa oggi pensare che questa crisi accenni a stanchezza, se per un solo istante si consideri il periodo oltremodo operoso che attraversiamo e l'enorme progresso conseguito in molti e disparati campi della medicina, valevole indubbiamente a mettere in luce la superiorità del medico moderno!

*
* *

È fuori dubbio che la Medicina si trovi oggi in pieno cammino ascensionale.

Basteranno però pochi esempî presi in campi diversi, per convincerci come, parallelamente alle moderne conquiste, si vadano moltiplicando ogni giorno i problemi da risolvere

Così, volendo accennare alle affezioni del pancreas, nel qual campo di studî eccelle fra i cultori italiani, il nome del mio maestro prof. Zoja, molto resta ancora da investigare su questo argomento che la mia scuola segue da molti anni con particolare interesse.

Nostre indagini, alcune delle quali in corso, dimostrano che non pochi stati dispeptici di varia natura si accompagnano in realtà a deficienze funzionali del pancreas, ed anzi molte forme, spesso per lungo tempo trattate infruttuosamente come coliti o discinesie, hanno a base una anomala condizione di questo viscere. Troppo spesso si dimentica che la più importante ghiandola della digestione è appunto il pancreas, e si sopravalutano i disturbi di motilità intestinale a scapito di quelli di secrezione, nei quali si compendia l'essenza del processo digestivo.

Ma il pancreas va considerato anche da un altro punto di vista.

La nozione della tendenza alla macrocitosi in pancreatitici e di alterazioni del viscere in

casi di anemia perniciosa o perniciosiforme, soprattutto in quegli stati anemici, a genesi complessivamente carenziale (sprue, anemia pellagrosa, ecc.) induce a sospettare un più stretto rapporto fra questi due tipi di lesioni. Invero, non si tratta qui che di un lato particolare di un ben più vasto problema, quello cioè dei rapporti intercedenti fra condizioni dell'apparato digerente ed anemie. Tali rapporti non erano sfuggiti agli antichi osservatori, ma hanno trovato definizione e precisazione soltanto da studî recenti in collaborazione di medici biologi e clinici di tutto il mondo, a cui si deve la identificazione di un vero e proprio *sistema di regolatori chimici*, il sistema *ormoni, vitamine, enzimi*, che presiede allo svolgimento di tutti i processi vitali fondamentali.

Molto si è fatto, ma molto resta da fare in questo campo: così ad es., io ricevo la netta impressione che allo stomaco competa non soltanto l'adeguata secrezione ed elaborazione del principio antipernicioso, cui è legato il nome di Castle, ma anche quella di altre sostanze indispensabili per la maturazione del globulo rosso e la produzione emoglobinica. Qualche recente studio sembra in realtà confortare tale ipotesi!

E chi non vede quale fertile campo di studî sia ancora quello più vasto delle ipovitaminosi nell'adulto?

Si tratta di evenienza molto più frequente di quanto non si crede, poichè fino ad oggi pochi se ne sono occupati. Quanti casi di ipovitaminosi, (specie A e B-2), soprattutto in donne, sono erroneamente battezzati per il cosidetto « esaurimento » o neurosi di tipo isterico!

Spetta dunque ai clinici anche in questa nuovissima scienza, già tanto rigogliosa e promettente di maggiori futuri sviluppi, l'impostazione di problemi, che hanno condotto i patologi sperimentatori ed i fisiologi alla scoperta ed elaborazione dei *tests* ed i chimici alla loro purificazione ed alla odierna conquista delle sintesi!

E già ci avviamo con sicurezza al riconoscimento anche clinico di tali sindromi avitaminiche, con notevole vantaggio della terapia.

A questi modernissimi problemi la mia Scuola va portando un largo contributo con una serie di lavori, intesi a lumeggiare l'importanza clinica delle diverse vitamine e l'influenza loro sui varî rami del metabolismo.

Ed ancora in tema di vitaminologia, si può oggi affermare, come ha dimostrato il mio aiuto prof. Sotgiu, che le cosidette forme pellagroidi in non maidofagi sono casi di vera pellagra, suscettibili della pronta cura specifica, infine, che esistono casi di « pellagra sine pellagra ».

Questi nuovi orientamenti si presentano così pieni di attrattive da non recar meraviglia se un insigne vitaminologo vivente, Szent-Györgyi, abbia preannunziato l'avvento di una medicina preventiva, destinata a ridurre non poche malattie, a cui esporrebbero gli stati di ipovitaminosi latenti.

Anche nel campo delle affezioni del fegato, la Clinica, va segnalando, accanto a nuove acquisizioni, molte idee da riformare. È tempo di dire che il problema dell'insufficienza epatica non è solo un problema di laboratorio, ma è anche e sopratttutto un problema clinico: oserei affermare che in nessun altro campo, come in questo, il laboratorio possa allontanare dalla verità, se non è illuminato da una intelligente impostazione clinica dei problemi. Per decenni gli studiosi si sono affannati a cimentare ciecamente negli epatici le più svariate e seducenti prove funzionali, senza fermarsi a riflettere che non esiste una sola ma tante e quasi infinite insufficienze epatiche, così come grandissimo è il numero delle funzioni di questo viscere ed assai complessi i loro rapporti ed i loro compensi. È stolto dunque pretendere che in ogni più lieve e varia lesione del fegato sia costantemente alterata una data prova, che della funzione del viscere non esplora se non un piccolo e fuggevole aspetto! Non vogliamo con ciò per nulla sminuire il progresso che la patologia funzionale ha segnato nel cammino della medicina contemporanea con la introduzione in quest'ultimo cinquantennio di nuovi metodi di esplorazione, che ci informano sulle tappe delle reazioni organiche nel corso della malattia. Siamo però troppo moderni per sopravalutare questi metodi, a danno della morfologia patologica e del suo ricco patrimonio scientifico del secolo scorso. Visione dunque unitaria, organica e funzionale, sfrondata da ogni assolutismo e sempre governata e diretta dalla concezione clinica. La mia Scuola con una serie di lavori sistematici su questo argomento ha contribuito a riportare il problema nei suoi veri termini. Ma oltre all'insufficienza funzionale, è la patologia del fegato che attende ancora di essere riordinata e chiarita in tanti suoi aspetti.

Mi sia consentito di esprimere il mio pensiero in qualche altro campo, in cui, per quanto largamente battuto, la medicina interna ha ancora molta via da percorrere.

Durante gli otto anni della nostra permanenza a Padova ci siamo imbattuti in molti casi di affezioni sistematizzate dell'apparato emopoietico e linfoghiandolare, nel qual campo di studî tanta luce apportano di continuo i preziosi contributi del nostro Ferrata e della sua Scuola. Orbene, lasciandoci guidare dalla Clinica, avemmo spesso l'impressione che artificiosa sia la netta differenziazione dottrinale che si fa fra alcune di queste forme, così il linfogranuloma, il linfosarcoma, le leucemie, ma che le leghi un nesso stretto ed intimo.

Altrettanto vorrei dire per certi stati anemici, nei quali la coesistenza di quote iper- ed ipocromiche, macro e microcitiche, il pas-

saggio da un quadro perniciosiforme ad uno schiettamente ipocromico. infine, l'associarsi di carenze multiple, giustificano una terapia ferro-epatica, che la pratica riconosce poi vantaggiosa.

Altro campo aperto alle più belle conquiste della Clinica e che per i preziosi frutti già conseguiti sarà per l'avvenire sempre più fecondo di applicazioni terapeutiche, è quello della Endocrinologia.

Spetta soprattutto al nostro Pende di avere ad essa indirizzato la vasta attività sua e della sua Scuola con larga risonanza ovunque. Da questa disciplina attendiamo la soluzione di molti problemi, che potranno gettar luce su quesiti clinici e scientifici tutt'ora oscuri, per sempre più affermare l'armonia dell'intima compagine del nostro organismo con potenti forze, che imprimono ad ogni soggetto il carattere individuale sulla base della concezione costituzionalistica, la quale trova in questo corpo di dottrina, sempre in piena evoluzione, la sua più solida base ed il più proficuo indirizzo.

E già si annuncia per opera di recentissimi autori l'introduzione in Patologia umana delle nuove dottrine sulla ereditarietà, prima relegate alla Zoologia ed alla Biologia generale, che illumineranno, io penso, di più viva luce lo studio delle costituzioni. A misura che accrescono le nostre cognizioni sulle funzioni degli organi e sulle loro correlazioni, la Clinica riuscirà con notevole vantaggio a precisare nei diversi tipi costituzionali la resistenza degli organi alle cause nocive.

Per quanto delicate e precise indagini moderne vadano proiettando fasci di luce nel campo delle malattie infettive, segnalando progressi veramente enormi, cito ad es. la conoscenza scientifica del meccanismo e della chimica dei fenomeni d'infezione e di difesa, con orientamento talora verso tentativi terapeutici promettenti di successo, molto resta da fare anche per la Clinica. Così, è per noi sconfortante imbatterci non di rado in oscuri processi infettivi, in specie sepsi protratte, di cui la più diligente ricerca batteriologica riesce impotente a precisare il fattore eziologico.

In fatto poi di terapia, se è ingiustificato lo scetticismo di molti medici moderni, non potendosi disconoscere le mirabili conquiste di questi ultimi decenni, che hanno completamente cambiato la prognosi di non poche infermità (basterebbe a mo' di esempio, ricordare la feconda ispirazione dei clinici, che ha portato gli sperimentatori a tentare la malarioterapia nella paralisi progressiva, la epato-terapia nell'anemia perniciosa, l'insulino-terapia nel diabete, la vaccinoterapia endovenosa nell'infezione brucellare), non possiamo tuttavia negare come spesso la Clinica senta la deficienza delle sue acquisizioni nel campo della terapia. Troppe malattie esistono ancora che, tetragone a qualsiasi trattamento, finiscono per umiliare il medico!

Di un flagello, su cui si appuntano le armi degli studiosi, mi sia consentito riferire un mio tentativo terapeutico. L'osservazione ormai ben nota della lenta e benigna evoluzione della tubercolosi polmonare allorchè esista una tendenza alla fibrosi, mi ha suggerito di creare questa favorevole condizione con semplici ed innocui interventi locali, ch'io realizzo con l'uso di alcune sostanze sclerogene. Le prove ormai non più scarse fatte da noi e da altri, che me ne danno gentilmente notizia, lasciano bene sperare. Logica è pertanto l'idea ispiratrice del metodo, che una larga base di esperimento dimostra scientifica ed incoraggia ad applicare, tanto più ove si consideri che nel campo tisiatrico si vedono diffusi i tentativi più strani ed imprudenti, direi « anticlinici », abilmente lanciati attraverso una sonora azione reclamistica, che offendono l'obbiettività delle osservazioni scientifiche!

*
* *

Ho creduto utile accennare ad alcuni dei gravi problemi che meritano di essere considerati, oggi più che mai, fra l'incessante movimento e rinnovamento della Clinica Medica, rinnovamento che l'ha condotto — come si è detto — a conquiste mirabili. Sembrerebbe dunque un non senso — mi piace ripeterlo — parlare di « crisi della medicina » sotto tale aspetto.

Non possiamo piuttosto restare indifferenti di fronte a voci sempre più accreditate di deviazione della nostra nobile disciplina verso una « medicina senza malato », la quale, rinnegando la sua vera grande funzione di medicina pratica, miri a risolvere con la scienza i casi clinici, possa cioè fare a meno o quasi dell'esame del malato e del lavoro interpretativo dei sintomi, cioè a dire, del ragionamento clinico.

Dobbiamo confessare che in queste voci si racchiude, purtroppo, un fondamento di verità. Ci sono medici (per fortuna non ancora moltissimi), a cui piace di più, naturalmente perchè costa minore fatica e sgrava da certe responsabilità, affidare la diagnosi ad una formula, ad i raggi X, ad una macchina complicata, ad una provetta!

Sono le giovani generazioni mediche e gli studenti in particolar modo che tendono a lasciarsi sedurre da questa deviazione dell'esercizio della medicina, a cui va posto riparo.

Spetta dunque a noi di insegnare sulla Cattedra che bisogna tener fede alle tradizioni dei grandi Maestri, bandendo dalle Aule opinioni e dottrine che non abbiano la sanzione dell'osservazione clinica, del buon senso critico, dell'analisi serrata, a cui segua una rapida sintesi, del criterio unitario dell'organismo, affermato dalla dottrina costituzionalista, problema essenzialmente clinico, per opera del De Giovanni, e della sua Scuola.

Un orientamento neo-ippocratico della Clinica, nel senso preciso di medicina sintetica,

costituzionale, biologica, unitaria, è oggi quanto mai auspicata!

Si intensifichi pure la collaborazione con i cultori delle diverse discipline, ma non ci si lasci sopraffare dal laboratorio, dovendo il clinico essere sempre di fronte al malato unico giudice supremo, si torni alla Clinica pura, accendendo nei giovani l'amore per la fine e sana semejologia, che l'ammalato addita come fonte perenne!

Ma un augurio è da formulare nell'interesse dei nostri studî medici, augurio invocato per la Chirurgia dall'autorevole parola di Raffaele Paolucci, la cui presenza oggi mi allieta della sua fraterna amicizia e che Bologna, che l'ebbe Maestro ed animatore, saluta e segue come uno dei suoi figli migliori: la cordialità di collaborazione fra insegnante e scolari infonda nell'animo di questi il convincimento che nelle nostre Scuole si debba scrivere poco e bene, e soprattutto su argomenti che abbiano attinenza con la Clinica Medica!

*
* *

Cari giovani,

Oggi il nostro compito deve avere un più largo respiro, perchè più vasto è l'orizzonte, più umano il sentimento che vivifica, governa, e guida l'oderna Società con un senso così elevato, così cosciente del bene collettivo, che onora il nostro secolo, non meno delle sue innovatrici e sublimi conquiste.

Il problema medico individuale ed il problema medico sociale si sviluppano e si integrano a vicenda: oggi la Medicina non si limita a studiare l'uomo in sè stesso, ma lo considera anche nei rapporti col mondo esteriore, non come essere isolato, ma come membro della Nazione ed in una più larga visione dell'umanità.

Da ciò deriva la fioritura di problemi e di opere: dalla propaganda alla profilassi sulla guida di molteplici provvidenze sociali, dalla diagnosi precoce ai mezzi terapeutici, è tutta una mirabile organizzazione, che richiede la nostra partecipazione intellettuale e morale.

E poichè il nostro compito diventa più esteso quanto più grandi sono le conquiste spirituali e materiali della nostra Patria, siamo chiamati anche nel campo della Medicina Coloniale a perfezionare le nostre conoscenze per quel carattere proprio della nostra civiltà, apportatrice di sanità e di benessere.

Permettetemi, o giovani, che a Voi ricordi il caldo palpito di umana pietà, che deve aleggiare sull'opera del Medico, illuminandola di luce divinamente benefica. Ricordate che sacra fu l'origine della medicina ed al sacerdote-medico si rivolgevano, fin dai tempi più remoti, i sofferenti, desiderosi di alleviare i proprî dolori. Tanti secoli sono passati, ma l'animo umano non è mutato: ancor oggi il malato implora dal medico con la sapienza, che darà la guarigione al corpo, la parola consolatrice. Mai dovrete negarla e, anche se a volte non potrete ridare la salute fisica, vi sarà sempre concesso di donare all'anima un raggio di speranza. Soprattutto sappiate comprendere il dolore ed alleviatelo con la terapia, che sarà come goccia di rugiada per le labbra sitibonde dei sofferenti. Coltivate, o giovani, il vostro animo nella luce della bontà e del sacrificio! Qui, nelle Università si tempra la vostra giovinezza nel fiorire di ogni cosa bella e di ogni più pura dottrina, in questi secolari Atenei, monumenti di una civiltà non mai offuscata.

Coltivate il vostro intelletto, attingendo a questo inesauribile patrimonio spirituale, che Maestri e Discepoli hanno tramandato in una gloria che non ha tramonto, perchè gloria, che da Roma venne, di Roma rivive, a Roma si volge per ascoltare il verbo di giustizia sempre rifiorente.

E Bologna, accogliendo per prima il verbo romano, lo elevò quale voce universale ed eterna nella stessa alba, che salutò la sua Scuola nascente ed il risorgimento del popolo italiano.

Voi, giovani studenti dell'Ateneo bolognese, che raccogliete questo gran retaggio di romanità e ne valutate l'onore, oggi più che mai, rivivendo per opera del nostro Duce l'antica storia, custodite il Tempio glorioso e rinnovellatelo con la vostra giovinezza, plasmata dal nuovo spirito italico!

TECNICA MEDICA

Particolare tecnico di protezione delle inoculazioni nella pratica vaccinale antivaiolosa.

Dott. ANTONINO EMMI, Poggio Berni (Forlì).

Comunissimi ed anche dai profani conosciuti, sono i metodi di vaccinazione antivaiolosa; perciò l'ovvia dispensa di descriverli. Ma è sul tempo terminale della operazione o protettivo delle inoculazioni che mi vengono dettati alcuni particolari tecnici di ordine pratico. Di ordine pratico per rapidità ed economia, specie quando, come è di solito, si sottopone a vaccinazione un notevole numero di soggetti.

Eseguite le inoculazioni il procedimento degli operatori si può riassumere in cinque modi differenti:

1) Applicazione di guttaperca laminata.

2) Fasciatura ordinaria con garza sterile.

3) Fasciatura ordinaria con cotone idrofilo.

4) Applicazione di un'apposita fascia munita di un vetro di orologio.

5) Nessuna protezione ma un certo tempo di esposizione della parte operata.

Applicare senz'altro la quinta modalità, perchè la più semplice e la più economica, sarebbe esporne le parti alla facile inquinazione e di solito anche alle aderenze degli abiti. D'altro canto, il dovere i vaccinati sostare notevole tempo nel locale inceppa lo sfollamento dello stesso quando si è in sessione vaccinale.

Le altre modalità, più igienicamente idonee, comportano, oltre tutto, lo sciupìo di materiale di non trascurabile importanza economica, mentre, specie ora che si è in giorni di battaglia autarchica, la cosa è di molto più grande importanza che non si pensi.

Da parecchi anni ho preso a terminare ogni operazione di vaccinazione con una medicazione occlusiva a goccia soffiata di « collodion » o di « collodion elastico ». È preferibile il « collodion elastico » della farmacopea italiana che forma una pellicola maggiormente elastica e sottile, meno aderente e compressiva del collodion semplice.

Controllandone l'applicazione del metodo si è visto aumentare la percentuale dei risultati positivi fino a raggiungere il cento per cento per la prima vaccinazione.

È stata usata la seguente tecnica:

Pochi momenti dopo eseguite le inoculazioni, con un contagoccie comune si lascia cadere una goccia di collodion su o a fianco di ognuna di esse, tosto soffiandovi sopra violentemente sì da stendere il mezzo in sottile pellicola. Dopo qualche attimo il soggetto può vestire comodamente l'abito.

La pellicola formatasi non oppone resistenza al sollevarsi della pustola e si solleva anch'essa dai margini, esercitando più oltre una buona azione protettiva.

Non si è mai rilevato alcun inconveniente o complicazione imputabile alla pratica di tale tempo terminale su riferito, già applicato su migliaia di casi. Se ne vede invece la grande utilità, specialmente ove si hanno a sottoporre alla profilassi antivaiolosa maggior numero di soggetti che, divisi in squadre, possono seguire rapidamente il loro turno: sì che, quando si pratica la vaccinazione di sessione, dopo inoculati venti-cinquanta bambini, si passa subito alla protezione delle parti operate, seguendo l'ordine tenuto per le operazioni. Si vedrà quindi di poter dare l'ordine di vestizione a tutti.

Per evitare lo spargimento fuori campo del collodion, si raccomanda usare un contagoccie a lume molto piccolo e soffiare subito su ogni goccia, appena caduta.

Il metodo è semplicissimo, rapido ed autarchico per l'economia che permette.

NOTE BIOGRAFICHE

Ricordando Giovanni Mingazzini

(Nel decennale della scomparsa: 3 dicembre 1929).

L'avevo visto alla stazione di Ancona, la prima volta, attorno al 1910: non lo conoscevo di persona, ancora, di fama sì almeno generica. Con un taglio d'abito, il colore del quale mi doveva divenir poi famigliare, con un bel paio di baffi neri, destinati più tardi a scomparire per sempre, con la valigetta rettangolare, sua inseparabile compagna di viaggi, era salito nel mio stesso scompartimento, seguito da due giovani, che poi mi fu dato contrassegnare per medici, l'uno dal tratto distinto e sufficiente, che, credo abbia fatto poi parecchia strada, l'altro dalla faccia pienotta, bonaria e accomodante, dal consenso inossidabile a tutto quello che si diceva. E cominciarono, i due primi sopratutto, a parlare di Ancona, di fortificazioni, di porti, per poi passare alla scienza diletta al Maestro, a proposito di non so quale polemica nella quale uno dei contendenti si era mostrato più acido e aggressivo e personale di quello che la buona educazione nol comportasse anche in una polemica scientifica, ove l'amaro, non di rado trapela a stille e a goccie, non meno che in quelle letterarie, che è tutto dire. E Lui, che non era acido nè amaro, nemmeno quando voleva o pretendeva esserlo, biasimava tali intemperanze, in quel punto, con voce e gesto tali che aprivan, anche a chi nol

conoscesse, tutta la sua schietta anima di gentiluomo e di onest'uomo, schiva di trascendere ove altri trascendevano, rifuggente da personali acrimonie quando altri pur ne abusavano. E ricordo, a tal proposito, gli eccessi grafici di non so qual dottoressa per una conferenza di Lui sul cervello, che a volerla ben comprendere, elevava la vera missione della donna, pur non concedendo a questa più di quel che natura le abbia largito... Sfoghi isteroidi, senza dubbio, dei quali egli sorrideva, di quel sorriso, che affiora ancor nella memoria visiva di chi lo conobbe da vicino, ancor oggi nel compiersi di due lustri precisi dalla sua dipartita, di quel sorriso bonario e signorile, di cui ai tempi nostri si è quasi perduto lo stampo. Non però, il Maestro sprezzava le donne come sue collaboratrici: le ammetteva anzi, anche loro, nella sua clinica e nel suo ambulatorio, e le trattava, anche con cortese deferenza, le dottoresse, da buone figliuole diligenti ed attente, da brave ragazze. La sua ospitalità, del resto, era larga ed accogliente quanto mai e chi si fosse presentato a lui con chiara intenzione d'imparare e di lavorare, poteva esser certo di esser bene accolto, almeno in prova: non occorrevano molte raccomandazioni, con lui, e, ancor meno, raccomandazioni speciali. Non che non fosse esigente, s'intende, a meno che non si trattasse di *istorie*, così le chiamava, e di assistenza ai malati, su cui non scherzava. Le sue esigenze erano per lo più adombrate di così suasiva sollecitudine, di così disinvolta insinuazione, di così fine umorismo di frequente, da riuscir ben difficile il resistergli o il non contentarlo, e non essergli grato anche di un velato rimprovero che egli vi ammanniva là, quasi di sfuggita, con l'aria talora di un semplice suggerimento. Ma se si trattava di malati da curare e da assistere, allora, ripeto, non si avvolgeva in una discreta cortesia, che avrebbe nociuto al paziente e all'umanità, ma voleva e ordinava, e se occorreva, esplodeva... Sante esplosioni, che palesavano la carità profonda di Lui, di Lui che — qual più mortificante rimprovero da rivolger ad un subalterno? — lo biasimava di non aver carità! « Credo che il Signore abbia usato gran misericordia al povero professore, perchè aveva gran carità »! Tal fu l'accorata e insieme fiduciosa espressione di compianto che uscì dalla bocca della suora di clinica, di suor Tarsilla, proprio nel giorno della sua deposizione. L'ho raccolta, quella frase, e la conservo nell'animo come il più grato retaggio avuto dal Maestro, più della scienza che mi svelava, più della praxis che m'insegnava, più della confidenza di cui mi onorava.

Carità grande e scienza grande del pari, simile a quella di colui che tirando dalle nuvole dell'astrazione i fenomeni del sistema nervoso per fissarli sullo schermo anatomico, riportava la clinica sul vero suo campo, signora sempre e dominante, ma di un regno dalle saldi basi e dagli ancor più saldi e fidi ausiliari. Analisi e sintesi, nella sua mente di fine osservatore e di geniale ricostruttore, s'integravano in un'armonia, di sagoma tutta italica e veramente umanistica, cui non faceva velo nemmeno quella sua innocente passione per certa coltura ultramontana di cui egli era entusiasta ben men forse di quanto s'immaginasse lui stesso. In realtà era egli il temperamento più schiettamente italiano, la mente più irriducibilmente latina, l'indagatore più completamente umanista che allora, e forse poi, si potesse rinvenire.

E il suo umanesimo infatti, la sua coltura classica e moderna, non si riduceva, no, a quelle semplici e pur frequenti citazioni cui ricorreva sovente. Era, all'incontro un umanesimo dello spirito, del tratto, della ricerca, dell'intuito, ciò che in fondo costituiva la sua personalità, inconfondibile, propulsiva, avvincente.

Ed anche Egli è scomparso, lasciando vaste orme nella scienza e non meno ampie nella scuola, lasciando forse non minor traccia nei cuori degli umili, che egli curava, degli oscuri che egli non disdegnava, uomo dai grandi doni avuti da quel Dio cui egli credeva, nella cui luce ci piace sperarlo eternamente!

STEFANO STEFANI.

PROBLEMI DISCUSSI

Ancora sulla cura dell'appendicite

Egregio Signor Direttore,

San Gimignano (Siena), 10 dicembre 1939.

Ho letto sul numero 49 di questo pregiato giornale un trafiletto del dott. Agostoni nel quale si torna a parlare di cura medica dell'appendicite mediante iniezione di bismuto.

Vi sarei ben grato se voleste pubblicare quanto segue:

Mentre rimando il collega Agostoni a quanto già scrissi in questo Giornale in data 3 aprile 1939, faccio presente:

1) Nessun dubbio, dal momento che egli lo scrive, sopra la priorità del dott. Agostoni di avere avuto l'idea di trattare le flogosi acute appendicolari con iniezioni di bismuto: è appunto per questa *idea* che sorse la polemica.

2) Ma a parte questa priorità è da ripetere e da insistere sul fatto che non si può nè si deve parlare di « *Nuovo trattamento medico nella appendicite acuta* » perchè per questa forma morbosa non esistono cure mediche, nè vecchie, nè nuove,... se con la parola cura si vuole intendere un sistema terapeutico rivolto a guarire tale malattia.

3) Tutto il mondo sa che la cura nell'appendicite non è un quesito prevalentemente chirurgico, ma è un quesito *essenzialmente* ed *esclusivamente chirurgico*, quesito, basato oramai su migliaia e migliaia di casi. Ed è questo il nocciolo della questione; il volere insistere sul trattamento medico, al quale purtroppo seguono fogli reclamistici di medicinali, è per me, e so di essere in buona e numerosa compagnia, da riprovarsi: inutile ritornare sul perchè: l'anatomia patologica c'è di guida.

4) Il collega Agostoni poi dice che il sanitario rimane « pressochè disarmato per interminabili giornate nell'angosciosa attesa del così detto raffreddamento locale ».

In verità non riesco a comprendere un chirurgo disarmato ed angoscioso... per una appendicite acuta. Ben altri, per noi chirurghi, sono gli addomi che ci fanno passare ore terribili... che non quello da appendicite acuta.

5) In ultimo faccio presente che se il dott. Agostoni vuol riservare il suo trattamento, ai naviganti, alle truppe operanti, ecc., allora sono d'accordo con lui. In quelle circostanze speciali tutto sarà buono: anche l'oppio!

Prof. dott. GIUSEPPE GUCCI.

**

SUNTI E RASSEGNE

EMATOLOGIA.

Ricerche sul morbo di Cooley. Studio clinico di alcuni casi osservati in Puglia. Il reperto anatomico.

(A. FRANCAVIGLIA e F. SCHIAPPOLI. *Arch. p. l. Scienze med.*, ott. 1939).

Il primo autore ha fatto uno studio clinico; il secondo uno studio anatomico.

La sindrome morbosa isolata da Cooley e Lee porta vari nomi: anemia eritroblastica tipo Cooley, morbo di Cooley, talassiemia, anemia mediterranea, anemia splenomegalica emolitica con eritroblastosi, splenomegalia emolitica familiare eritremica, eritremia cronica familiare, emoosteopatia tipo Cooley.

Sul principio fu considerata una varietà della malattia di von Jaksch.

La presenza di casi solo in bambini italiani, greci, siriaci ha fatto ammettere l'esistenza di un carattere razziale, al quale esistono eccezioni, che non tutti vogliono riconoscere come casi veri di m. di Cooley.

La malattia è familiare ed ereditaria. Angelini in Italia e Caminopetros in Grecia hanno trovato aumento della resistenza globulare nei malati e nei familiari. Quindi esiste una turba dell'emopoiesi trasmissibile ereditariamente, probabilmente come carattere recessivo, secondo le leggi di Mendel. Invece Chini e collaboratori hanno documentato l'esistenza di stigmate morbose non solo negli ascendenti e collaterali ma anche nei discendenti di un malato adulto, stigmate trasmesse come carattere dominante.

I casi di morbo di Cooley descritti fin'ora sono meno di un centinaio, di cui 36 studiati in Grecia dal Caminopetros. I casi descritti in Italia sono 17. Probabilmente alcuni casi registrati nella letteratura col nome di anemia splenica, anemia pseudoleucemica, anemia con splenomegalia a carattere familiare erano casi di morbo di Cooley.

La malattia colpisce la prima infanzia (i casi iniziali in età adulta sono rarissimi).

Clinicamente la malattia, ha inizio con pallore, astenia, anoressia, aumento di volume dell'addome per epatosplenomegalia. Per lo più c'è ittero, ma non sempre. Qualche volta c'è temperatura subfebbrile o febbre irregolare, a volte a tipo ondulante.

Sono frequentissime le note somatiche di ipoevolutismo. Caratteristica la faccia a tipo mongoloide (facies orientaloide di Pincherle) per deformazione delle ossa della faccia a cui si aggiungono modificazioni della palpebra superiore e della rima palpebrale. L'aspetto mongoloide non è un argomento in favore dell'origine razziale della malattia, perchè si ha anche in soggetti non affetti da m. di Cooley.

In quasi tutti i casi c'è aumento del volume del cuore.

Il reperto ematologico dà diminuzione degli eritrociti con numerose forme immature (normoblasti, eritroblasti, policromatofili, basofili), anisocitosi, poichilocitosi, diminuzione dell'emoglobina con valore globulare inferire ad 1 (solo in un caso fu superiore). I leucociti sono in numero normale o lievemente aumentati. Ci sono i segni di emolisi spiccata, tanto che secondo alcuni è una forma di anemia emolitica. Caratteristiche della malattia sono l'eritroblastosi e l'emolisi. Uno dei caratteri più costanti e più imprtanti è l'aumento della resistenza massima dei globuli rossi con o senza diminuzione della minima. Le prove emogeniche sono negative. Il numero delle piastrine è normale o lievemente diminuito.

La puntura midollare dà intensissima attività eritropoietica con prevalenza di etroblasti basofili e alcune cellule mononucleate descritte dal Dalla Volta (mieloblasti?).

Importanti sono le alterazioni ossee: ipertrofia osteoporotica delle ossa del cranio, assottigliamento dei tavolati, aumento di spessore della diploe, senza aumento di pressione endocranica, presenza di caratteristiche strie radiali nelle ossa della calotta cranica (cranio a spazzola, a ventaglio, ad aculei di porcospino), ispessimento e allargamento delle costole, osteoporosi delle vertebre e del bacino, assottigliamento della corticale delle ossa lunghe con allargamento della cavità midollare e trabecolazione a mosaico.

Secondo alcuni le alterazioni ossee non sono specifiche del m. di Cooley.

Si ha sempre aumento della bilirubina indiretta del sangue e aumento della bilina urinaria e fecale.

Il tasso glicemico non è modificato.

L'etiologia è ignota. Per la patogenesi si tratta di malattia emolitica per difetto congenito del sistema emopoietico. L'emolisi cronica darebbe iperplasia midollare e questa provocherebbe le alterazioni ossee. Whipple invece considera la malattia come un'alterazione metabolica essenziale o di origine endocrina o legata a un disturbo del ricambio intermedio.

La terapia fu fatta con molte sostanze (ferro, arsenico, fegato, mucosa gastrica, estratti tiroidei, paratiroidei, ipofisari, surrenalici, vitamine, raggi ultravioletti, irradiazioni Roentgen sulla milza o sulle ossa, trasfusioni di sangue, blocco del sistema reticolo endoteliale con sostanze coloranti.

La prognosi è fatale, ma il decorso è lento. Un rallentamento della malattia pare abbia dato la splenectomia.

Non sono accettabili senza riserve le guarigioni enunciate dagli AA. greci colla cura antimalarica. Anzi alcuni ritengono controindicato il trattamento chininico ed hanno descritto arresto del processo coll'infezione malarica.

I casi descritti dal Francaviglia sono cinque. Essi sono ampiamente riportati, illustrati da radiogrammi e completati con ricerche sui familiari.

Il reperto anatomopatologico fu ottenuto due volte e dalla descrizione che ne fa lo Schiappoli risultano questi dati, alterazioni ossee, iperplasia diffusa del sistema reticolo-istiocitario, segni di iperemolisi e di rigenerazione eritrocitica, eritropoiesi extramidollare.

Le lesioni ossee consistono in riassorbimento dell'osso già preformato, in neoformazione di trabecole ossee e in un'intensa iperplasia del tessuto midollare.

Anche anatomopatologicamente la malattia dà una sintomatologia che la distingue nettamente. L.

VITAMINOLOGIA.

160 giorni di alimentazione priva di vitamina C. Osservazioni sull'uomo.

(H. RIETSCHEL e H. SCHICK. *Klin. Wochenscr.*, 30 settembre 1939).

Gli esperimenti sulla cavia hanno permesso di risolvere molti problemi concernenti lo scorbuto, e soprattutto di scoprire l'azione antiscorbutica dell'acido ascorbico. Infatti la cavia è l'unico animale in cui è possibile provocare sperimentalmente in tempo molto breve la comparsa della malattia. Sarebbe però errato applicare all'uomo i risultati della osservazione dello scorbuto sperimentale della cavia: già gli altri mammiferi non ammalano di scorbuto, nell'uomo poi esistono meccanismi regolatori per la prevenzione della malattia quali non si riscontrano nella cavia. L'uomo infatti riesce a mantenersi sano anche introducendo scarsissime quantità di vitamina C, grazie soprattutto alla capacità del suo organismo *di ridurre di ritorno l'acido deidroascorbinico in acido ascorbinico* (risintesi della vitamina C). Osservazioni sui popoli che abitano nelle regioni polari e su spedizioni nelle regioni artiche dimostrano che l'uomo può vivere benissimo per mesi e per anni pur alimentandosi quasi esclusivamente di *carne fresca e di grasso*. La quantità di vitamina C introdotta con tale genere di alimentazione non può superare i 20-35 mg. Due esploratori polari, persuasi della sufficienza di una alimentazione carneo-grassa, si sottoposero nella clinica medica di Nuova York a tale alimentazione per la durata di 400 giorni, sotto continuato controllo e mantenendosi perfettamente sani: la quantità di vitamina C introdotta giornalmente era di 10-15 mg.. Uno degli AA. (Shick) si sottopose per 160 giorni a una alimentazione praticamente quasi priva di vitamina C (carne fresca cotta a lungo con soda) senza presentare segno alcuno di avitaminosi, nè diminuzione della capacità lavorativa o della resistenza a fatiche: una bronchite prolungata dall'uso del fumo guarì per-

fettamente nonostante la carenza in vitamina C. Dopo i 160 giorni furono necessari per la saturazione circa 4 gr. di acido scorbico, dopo tale dose infatti aumentò considerevolmente il titolo di riduzione dell'urina. La determinazione del contenuto del plasma sanguigno in vitamina C diede valori di 0,9 mg. per cento al primo giorno di esperimento, 0,5 mg. al 21° giorno, 0,15 mg. all'85° giorno. Dopo il 115° giorno il contenuto vitaminico cadde da 0,05 mg. a valori praticamente poco superiori allo 0. Anche osservazioni su lattanti alimentati senza vitamina C dimostrano che anche quando il contenuto in vitamina del plasma è sceso a 0 (è probabile che esso contenga ancora vitamina C, ma in quantità tanto scarsa da non potersi determinare) devono passare ancora 6-8 settimane prima che si manifestino i primi segni del prescorbuto. La normale alimentazione fornisce quindi quasi sempre quantità di vitamina C più che sufficienti: e l'asserito fabbisogno giornaliero di 50 mgr. è certamente molto esagerato. In pratica quindi è molto rara l'avitaminosi C: ciò non toglie però che sia utile in molti casi la somministrazione dell'acido ascorbico, perchè esso agisce in altri modi anche se non esiste una carenza. Infatti la vitamina C e l'acido ascorbico agiscono come *catalizzatori nel ricambio*, e per tale loro proprietà è possibile che siano utili in varie affezioni morbose: ciò però non ha nulla a che vedere con una ipo- e tanto meno avitaminosi C, tanto più che le dosi che si usano a scopo terapeutico superano di molto l'optimum necessario a coprire i fabbisogni vitaminici. P.

Influenza della vitamina A sulla crescita dei capelli e delle unghie.

(B. SCHWEMMLER. *Münch. med. Wochens.*, 11 agosto 1939).

L'A. ha osservato su sè stesso, durante una cura con vitamina A, un rapido accrescimento della barba, il che lo ha indotto a fare delle ricerche sistematiche sull'influenza di tale vitamina nella formazione di sostanza cornea nei follicoli piliferi e nel letto ungueale.

La carenza di tale vitamina provoca profonde lesioni degli epiteli, che si manifestano come dermatite esfoliativa generalizzata, cheratosi follicolare della cute, cheratomalacia, xeroftalmia, colpocheratosi, ecc., per cui si parla della vitamina A come di una sostanza protettrice degli epiteli. Essa, applicata in forma di unguento, dà buoni risultati nelle piodermie, foruncolosi, ulceri da decubito, ulcera delle gambe, nonchè per accelerare il processo di cicatrizzazione delle ferite. Tale vitamina ha anche un'influenza immediata sulla funzione epatica e degli stati di tireotossicosi (abbassamento del metabolismo, miglioramento della tachicardia e dell'eccitabilità nervosa); la caduta dei capelli, che si osserva spesso in tali stati, subisce un'influenza favorevole dalla somministrazione di vitamina A.

Con la somministrazione di vitamina A, in forma di Vogan (6-10 gocce, 3 volte al giorno) si è veduto che l'accrescimento della barba si fa più rapido (da mm. 0,9-1,1, ogni 3 giorni, passa a 1,2-1,5); per le unghie occorrono dosi minori (2 confetti al giorno, pari a 10 gocce = 48.000 unità); con dosi maggiori (p. es., 12 gocce 3 volte al giorno) si hanno invece disturbi nell'accrescimento e le unghie si fanno più deboli e fragili.

Nella tireotossicosi, non bisogna temere un iperdosaggio della vitamina A, di cui in tale stato si ha un notevole consumo che si esplica come ipovitaminosi A, con lesioni degli epiteli follicolari, come hanno dimostrato le ricerche di Monacelli. Nel normale, bastano piccole dosi di vitamina A per favorire la crescita dei capelli, mentre nel caso di tireo-tossicosi, ne occorrono dosi più elevate.

Per la vitamina A, vale in questo caso la nota legge di Schulz-Arndt, secondo cui le piccole dosi agiscono da eccitatrici, mentre le medie sono indifferenti e le forti dannose; ciò vale soprattutto per le unghie, come dimostrano anche le condizioni dell'ipotireosi, in cui per un accumulo di vitamina A negli epiteli a causa del minor consumo di essa nell'organismo, si hanno alterazioni delle unghie, che si fanno fragili, talora caduta dei capelli, nonchè dimagrimento e spossatezza. *fil.*

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Dott. prof. GIACOMO PIGHINI. *Le Correlazioni Chimico-Nervose.* Volume di pag. VIII-172, con 39 illustrazioni delle quali una a colori. Editore L. Pozzi. Roma. Prezzo L. 35.

Ci sia consentito riportare la Prefazione con la quale il Clinico Medico di Roma presenta agli Studiosi questo libro dell'Illustre Prof. Pighini.

« La lettura di questo libro non può che essere di grande diletto e utilità ai biologi ed ai medici, che seguono lo sviluppo delle conoscenze fisiopatologiche, così rapido nell'ultimo decennio.

« Tutto un mondo nuovo di verità laboriosamente conquistate con lungo lavoro sperimentale, illuminato dalla luce di intelligenze indagatrici, ha portato la certezza della scienza in un capitolo, che fino a pochi anni fa si definiva come inesplorato e forse inesplorabile: quello della natura dello stimolo nervoso e del meccanismo della sua trasmissione.

« Nel mondo biologico e medico si sentiva ormai generalmente il bisogno di un lavoro di sintesi e di critica in questo difficile campo. L'A. ha compiuto l'opera sua in modo brillante e completo, superando difficoltà molto notevoli, inerenti alla necessità di sintetizzare organicamente il vastissimo materiale raccolto in campi i più vari della ricerca sperimentale.

« Cito ad esempio per la sua importanza ed il modo brillante ed originale, piano e rigoroso ad un tempo con cui è svolta, la dottrina dei trasmettitori chimici dello stimolo alle sinapsi, in cui è trattata a fondo la complessa questione dei rapporti e dell'equilibrio fra acetilcolina ed il suo fermento specifico, la colinesterasi.

« E per documentare l'interesse che questo libro susciterà nel medico, accennerò ai rapporti, che questa dottrina ha assunto con tutti i disturbi del tono muscolare e con la patogenesi delle malattie, che ne derivano: mioastenia, miotonia, sindromi distrofico-miotoniche, ecc.

« Ma non qui si fermano le deduzioni che l'A. logicamente trae dallo studio delle proprietà ormonali del sistema nervoso; dalla conoscenza dei processi di trasformazione di un impulso sensoriale o psichico in impulsi ormonali, dalla possibilità di influenze sensoriali e psichiche sul tessuto che secerne i vettori umorali dello stimolo. Nasce infatti una nuova dottrina, che investe tutti i fenomeni della vita nervosa e psichica normale e patologica, aprendo la strada a nuove ricerche e a nuove induzioni.

« Il medico ed il biologo troveranno ricordati e spesso studiati a fondo in questo libro infiniti fatti nuovi della vita di esseri i più diversi del mondo animale, che riempiono il lettore di stupita ammirazione per la vastità dei fenomeni della vita e la loro armonica complessità e la profondità di indagine che caratterizza la scienza del nostro tempo.

« Ho accettato con piacere di presentare agli studiosi il libro del prof. Pighini, perchè son certo che molti vi troveranno alta soddisfazione del loro desiderio di conoscenza e altri ne avranno incitamento a nuovi studi.

Roma, dicembre, Anno XVIII.

Prof. CESARE FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

A. BUSINCO. *Tecnica delle autopsie.* Un vol. in-8° di 105 pagg. « La Grafolito », Bologna, 1939. L. 15.

Manuale di pura tecnica, quasi schematico, ma chiaro ed incisivo. La concisione, utile per dare maggiore precisione e nitidezza all'esposizione, non esclude che dove occorre l'A. entri anche in molti particolari, per meglio descrivere l'esecuzione delle varie operazioni da compiere. Precedono alcuni concetti generali a cui seguono le norme speciali di tecnica: l'esame esterno, l'apertura delle varie cavità e l'esame degli organi ivi contenuti, degli organi dei sensi, delle ossa, dei muscoli, ecc.; l'autopsia del neonato e del feto.

Oltre che agli studenti che vi troveranno una guida fedele, il libro è utile per i medici rurali a cui sono spesso affidate delle autopsie medico-legali, di cui hanno perduto un po' l'abitudine, che invece dovrebbe conservarsi; perchè anche in condotta, con un po' di buona volontà e di sacrificio si può ricorrere a questo mezzo d'indagine, che non dovrebbe venire trascurato. *fil.*

Ergbnisse der gesamten Tuberkuloseforschung. Pubblicato sotto la direzione di H. Assmann, H. Beitzke e H. Braeuning. Un vol. in-8° di 577 pagg., con 15 figg. in parte a colori. G. Thieme, Leipzig, 1939. Prezzo 56 RM., 25 % di sconto per l'estero.

Sempre attesa ed altamente apprezzata è questa pubblicazione di « messa al punto » di varie importanti questioni riguardanti la tubercolosi. I nomi dei noti tisiologi che la dirigono sono una garanzia del suo valore.

Sono nove le monografie qui contenute, alcune delle quali di oltre 100 pagine. Due di esse riguardano la tubercolosi laringea: parte clinica (L. Rickmann) e parte anatomo-patologica (E. Randerath). Altre due la tubercolosi degli organi urinari e sessuali maschili, anch'esse riguardanti la parte clinica (H. J. Weber) e parte anatomo-patologica (H. Schleussing). Le altre sono le seguenti: La tub. torpida sclerosante del tipo sarcoide di Boeck (L. Hautschmann). La tub. dell'orecchio (A. Bruggemann); la tub. del naso e del faringe

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

(F. Zöllner). Il pneumotorace extrapleurico e l'oleotorace (H. Kleesattel). Da ultimo, un'interessante monografia di H. Boening e H. Braeuning, sul contegno psichico dei tubercolosi e le relative norme per influire su di esso, nel quadro generale della lotta contro la tubercolosi. *fil.*

CÈSARI d.ssa MARIA. *Elementi d'igiene e di puericultura ad uso delle scuole medie e di avviamento professionale.* Un vol. di p. 210. G. Cèsari, edit. Ascoli Piceno. L. 10.

L'igiene e la puericultura, secondo le ultime disposizioni legislative, sono entrate a far parte integrante, obbligatoria, del programma da svolgersi nelle scuole medie e di avviamento professionale. Il lavoro pertanto della Cèsari è giunto nel più opportuno momento per affiancare e guidare l'opera degli insegnanti: ad essi l'A. offre il frutto elaborato in ultradecennale pratica pediatrica sia al letto dei piccoli infermi, sia nei Consultori dell'O.M.I. Con dizione chiara, piana, e con non comune abilità, la Cèsari è riuscita a rendere accessibili, in special modo per i non medici e per gli studenti, nozioni della più diversa indole, organicamente associate, vuoi di anatomia elementare, vuoi di fisico-chimica, di comune patologia, di igiene, ecc., non esorbitando però dai confini che per la puericultura e per l'igiene fissano le norme didattiche per le scuole secondarie.

Con il quale manuale l'A. ha acquisito merito, oltre che scientifico, sociale, rendendosi altamente benemerita con l'apporto di una piccola, ma salda, pietra, al mirabile edifizio che il Regime sviluppa per la difesa del bambino e con esso della razza.

Il libro, illustrato da moltissime, per lo più originali, figure in nero, avrà senza dubbio la più meritata diffusione sia fra i docenti che fra i discenti. MONTELEONE.

G. CASALINI. *Dizionario di Medicina illustrato.* Vol. II. Un vol. in-4° di pagg. 917, con 1912 figg. e 35 tav. policrome, rilegato. Unione Tipografico Editrice, Torino, 1939. Prezzo, L. 150.

Abbiamo già rilevato i pregi di questo dizionario, in occasione della pubblicazione del primo volume. Questo secondo che va da Labfermento a Zucchero di Saturno, completa così il dizionario, frutto dell'operosa ed assidua fatica del dott. Casalini che, per la trattazione di alcuni argomenti, si è valso anche di alcuni specialisti. Nella ricca miniera che esso ci offre, medici e profani possono trovare le nozioni che desiderano e dissipare dei dubbi, sicuri di ricorrere ad una buona fonte.

Un'osservazione d'indole linguistica. L'A. usa la parola « legumi » alla francese, cioè in un senso molto lato (quasi di contorno alla pietanza), includendovi anche le patate, gli erbaggi in genere e persino le castagne, ciò che contrasta con il significato italiano che precisa in legume il frutto delle leguminose (fagioli, fave, piselli). *fil.*

F KEHRER. *Die Kupplungen von Pupillenstörungen mit etuphebung der Schnenreflexe.* Editore Thieme, Lipsia. M. M. 4,60.

Nel 1932 un oculista inglese notò una corrispondenza tra i disturbi della pupilla ed il comportamento di riflessi tendinei, specie dei rotulei e degli achillei, di cui il più frequente e significativo è l'ipertonia pupillare con assenza dei riflessi tendinei.

Nella monografia elaborata dal Kehrer sono dettagliatamente descritti i complessi sintomatici (morbo di Adie, pupillotonia, pseudotabe, areflessia costituzionale) nella quale si ha l'associazione dei due disordini, e cerca d'interpretarne i fatti anatomici e fisiologici che ne stanno alla base. DR.

La trasfusione e i Volontari del sangue. Volume edito in occasione del decennale dell'AVIS. Milano, 1938.

In un bel volume è raccolta tutta l'attività e l'organizzazione dell'Associazione Volontari Italiani del sangue, che in questi ultimi anni ha preso un notevole sviluppo, specie in alcune città d'Italia, concorrendo efficacemente a risolvere quell'importante problema della trasfusione di sangue nella pratica.

Secondo le chiare cifre riportate si può avere una netta impressione dell'opera altamente umanitaria svolta da questi anonimi volontari datori che con la generosa offerta del loro sangue hanno salvato molte vite umane.

È da sperare che questa nobile associazione si diffonda sempre più e si estenda in tutte, anche le più piccole città d'Italia, avendosi così una organizzazione modello di datori, sempre pronta in tempo di pace o di guerra.

Un gruppo di interessanti articoli sui vari problemi della trasfusione integra questo bel volume.

Carpi ricorda i donatori di sangue del Guf di Milano, il sen. Giordano tratta della trasfusione e dei suoi precursori in Italia, Landolfi dei gruppi sanguigni e dell'apporto di sostanze biologicamente attive, Introzzi la trasfusione in medicina, Nasso e Schwarz la trasfusione in pediatria, Dogliotti le indicazioni e la tecnica della trasfusione, Gaifami la organizzazione delle trasfusioni nelle Cliniche ostetriche, Ducceschi il sangue conservato, Magliulo la trasfusione del sangue nella guerra moderna, Aiello la trasfusione come problema delle collettività umane, Carnelutti il problema giuridico della trasfusione.

Alcuni di questi articoli sono riportati nel giornale dell'Associazione « Il sangue ».

F. C.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA

XLVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(Mercoledì, 8 novembre 1939, ore 9)

(Continuazione, vedi numero precedente)

Presidente: prof. TORRACA.

Il Presidente porge il benvenuto al dott. Pedotti di Lugano, rappresentante al Congresso della Società Svizzera di Chirurgia, il quale porta con elevate parole il saluto dei Chirurgi Svizzeri.

Ha la parola il prof. Ceccarelli.

Traumi chiusi dell'addome.

Prof. GALENO CECCARELLI (Padova)

(Conclusioni)

Queste lesioni, divenute molto più frequenti per l'enorme impiego dei mezzi meccanici di locomozione e di lavoro della nostra epoca, meritano tutta la speciale attenzione del Clinico, sia perchè sono gravissime, sia perchè non è sempre facile stabilire la loro entità, sì che talvolta riesce angoscioso prendere una decisione operatoria, che per risultare utile dev'essere quanto mai tempestiva.

D'altra parte se l'esatta indicazione e l'intervento tempestivo e adeguato costituiscono il fondamento della nostra azione, dobbiamo constatare, con una certa amarezza, che talvolta, anche quando la nostra opera si svolge nelle condizioni più favorevoli, il successo manca e che siamo ancora lungi dal realizzare quei brillanti successi, che conseguiamo operando sull'addome con diagnosi urgenti per forme infiammatorie.

È vero che la mortalità operatoria è discesa negli ultimi decenni, ma non quanto si poteva sperare, dati i progressi conseguiti dalla tecnica chirurgica. Ciò non solo per i traumi complessi gravissimi, per i quali ogni risorsa dell'arte sarà sempre inadeguata, ma anche per le lesioni di media gravità nelle quali, a ragion veduta, sarebbe lecito sperare risultati assai più favorevoli.

Vi è ancora qualcosa che sfugge al nostro controllo e alle nostre risorse; vi sono ancora contusi dell'addome soccorsi in tempo e con tutte le risorse dell'arte, che si perdono nonostante che le lesioni da loro riportate non apparissero troppo gravi e lo stato generale non sembrasse allarmante.

Premesso ciò passa a delimitare anatomicamente cosa si debba intendere per addome, e a suddividerlo nei suoi quadranti e regioni.

Considera poi il sesso, l'età, la posizione, la fissità e la mobilità dei visceri, quali cause che possono favorire o meno le lesioni viscerali in genere, o di determinati organi in particolare.

Le lesioni conseguenti al trauma possono essere *parietali*, *viscerali* o miste *parieto-viscerali*. Concomitano spesso lesioni delle ossa del bacino, frequenti specialmente nelle lesioni della vescica, o delle coste. Può essere colpito un solo viscere o più visceri.

Importante è distinguere tra lesioni di organi cavi e di organi pieni, perchè, mentre nelle prime si riversa in cavità peritoneale il loro contenuto (succo gastroenterico, bile, urina), con conseguenze più o meno prossime in peritonite, nelle lesioni di organi parenchimatosi è l'emorragia il fatto più importante. Nelle lesioni multiple queste due evenienze si associano.

Le modalità d'azione del trauma sono multiple e varie a seconda delle circostanze, ma le più frequenti sono la *percussione*, la *pressione*, il *contraccolpo*. Anche lo sforzo, attraverso la contrazione violenta dei muscoli dell'addome, ha potuto, in determinate circostante, essere causa di rotture.

Il meccanismo delle lesioni è in dipendenza di molti fattori (natura, forma, forza viva, punto di applicazione dell'agente vulnerante, ecc.), varia in rapporto dello stato di mobilità o meno del corpo, dello stato di contrattura o di rilasciamento delle pareti, e a seconda della sede, forma, volume dei visceri e alla loro consistenza (cavi, pieni) e contenuto. Per i visceri cavi lo *scoppio*, lo *schiacciamento* e lo *strappamento* sono i meccanismi di lesioni più frequenti, mentre per gli organi pieni essi variano da viscere a viscere.

Dopo aver passato in rassegna per ogni organo i varî meccanismi di rottura e le ipotesi emesse sulla questione, e dopo avere espresso con oculatezza il proprio parere in proposito, il R. passa a trattare dello stato anatomico che si determina nei varî visceri in seguito all'azione lesiva del trauma. E così dettagliatamente viene a trattare delle modificazioni patologiche, che si stabiliscono sia a carico delle pareti che del diaframma, pavimento pelvico, stomaco, intestino, mesentere, fegato, vie biliari, milza, pancreas, grossi vasi addominali, reni, uretere, vescica, capsule surrenali, utero ed annessi.

Per ogni gruppo di queste lesioni esamina accuratamente i varî momenti predisponenti (alterazioni infiammatorie, neoplastiche, ecc.) che possono aver agevolato lo stabilirsi delle lesioni, o che hanno dato un particolare aspetto ad esse, nonchè le conseguenze tardive da esse dipendenti (stenosi dell'intestino, mesenterite retrattile, ascessi e formazioni cistiche del fegato, ascessi e cisti della milza, pseudocisti pancreatiche e peripancreatiche, nefrite, ematonefrosi, pseudoidronefrosi, rene doloroso).

Tra queste di particolare interesse le relazioni intercorrenti fra trauma ed ulcera gastro-duodenale e fra trauma e appendicite. A questo proposito conclude dicendo che l'ulcera traumatica deve considerarsi eccezionale ed ammettersi soltanto in via puramente teorica, per cui praticamente si può dire che per accettare l'origine traumatica dell'ulcera devono esistere queste condizioni: che sia esclusa la preesistenza dell'ulcera; che l'effettiva azione lesiva del trauma stesso sullo stomaco sia accertata da un'immediata sintomatologia; che sia decorso un congruo periodo intervallare tra il momento del trauma e quello in cui l'ulcera è dimostrata ed i suoi caratteri anatomici ne sono conosciuti; che vi sia stata nell'intervallo una continuità almeno relativa di successioni morbose.

Riguardo al nesso esistente fra trauma ed appendice bisogna eventualmente accertare i seguenti punti: mancanza di precedenti attacchi; trauma violento circoscritto, che abbia colpito sulla regione appendicolare; evidenti immediati

segni esteriori di sofferenza; operazione immediata; segni evidenti macro- e microscopici di recente traumatismo ed assenza di fatti infiammatorî di antica data.

Il R. passa poi a parlare della sintomatologia, di cui esamina dapprima molto giustamente la fisiopatologia dei varî sintomi (shock, dolore, vomito, comportamento dell'alvo, meteorismo, contrattura della parete addominale, respiro, temperatura, ottusità epatica, polso, modificazione del ricambio, ecc.) e della diagnosi.

Dice come i quesiti che il chirurgo deve porsi sono: la lesione interessa soltanto la parete addominale? Le condizioni allarmanti del paziente sono dovute soltanto allo shock? Si tratta di lesioni viscerali? Un organo pieno? (emorragia?) un organo cavo? (peritonite?). Si deve intervenire subito o si deve attendere? E l'eventuale attesa fino a quando deve durare?

Primo punto è l'anamnesi che dev'essere accolta con esattezza. Si devono conoscere le modalità del traumatismo nei suoi dettagli: forma, dimensione, forza viva dell'agente vulnerante, zona di applicazione di esso, e così via. Nella generalità dei casi, ma non sempre, il danno provocato dal traumatismo è proporzionato alla violenza di esso.

Poi sono i sintomi con le loro caratteristiche il fondamento per la soluzione del problema e della diagnosi. Di questi alcuni sono di significato incerto e possono trarre in errore, ma devono sempre mettere in allarme e sono di grande importanza quando sono presenti; altri possono essere considerati come sicuri. Da ciò la distinzione tra *sintomi di allarme* e *sintomi di certezza*.

Dopo questi dati generali viene accuratamente descritta per ogni viscere (diaframma, stomaco, duodeno, tenue, colon, retto, mesentere, fegato, vie biliari, milza, pancreas, reni, uretere, ghiandole surrenali, vescica, utero ed annessi) la sintomatologia ad esso propria e caratteristica, con una precisa valutazione di quello che può servire non solo per una diagnosi generica di lesione viscerale, ma per quella più esatta di organo.

Sono inoltre indicati con precisione i mezzi diagnostici, che più debbono essere adoperati, e che con maggiore sicurezza possono darci dei dati positivi a conforto del dubbio diagnostico. In questa parte sono illustrati dettagliatamente numerosi casi personali, che offrono lo spunto per interessanti considerazioni.

Circa la « Prognosi e Terapia » il R. concentra la sua attenzione per realizzare nella pratica tutte le nozioni didattiche e scientifiche racchiuse nei capitoli precedenti. Egli crede, che, in rapporto alle difficoltà ed all'incertezza di porre una diagnosi sicura, nei casi dubbî una breve attesa non solo è giustificata, ma è strettamente obbligatoria. Se in seguito alle sollecite cure mediche praticate, si verifica un miglioramento decisivo, sia nelle condizioni generali, sia perchè si attenuano e scompaiono quei sintomi locali, che ci tenevano incerti nella nostra azione, si potrà sperare di veder guarire spontaneamente il contuso e considerare controindicata un'operazione.

Tuttavia non si dovrà tralasciare una più stretta sorveglianza del traumatizzato per le possibili improvvise complicazioni emorragiche e perforative che si conoscono.

Se, al contrario, si verifica un improvviso peggioramento, se la contrattura muscolare, prima appena accennata, aumenta e diventa netta, e la leucocitosi sale o si delinea in modo evidente il quadro dell'emorragia acuta, bisogna operare subito.

Un'ulteriore attesa può essere fatale perchè la prognosi si aggrava di ora in ora, cosicchè nella rottura per es. dell'intestino già dopo 24 ore la mortalità raggiunge l'80 % (Della Mano) e fino anche il 100 % (Wiss). Qualche caso di guarigione, anche dopo le 24 ore, in individui perforati non infirma affatto questa regola generale. Tuttavia il R. non crede che si debba ricorrere con troppa leggerezza alla laparotomia esplorativa, specialmente nei ragazzi e nei vecchi.

La considerazione che un eventuale controllo autopsico-giudiziario possa far constatare l'errore della nostra attesa non ci deve forzare la mano quando a nostro giudizio l'ulteriore attesa o la estensione sia consigliabile.

È stato detto che, nella generalità dei casi, tra il rischio inerente all'attesa e quello della laparatomia esplorativa quest'ultimo è ancora il minore. Ciò però non giustifica l'uso della laparotomia esplorativa fatta in casi nei quali un attento e rigoroso esame del malato può permettere un giudizio diagnostico per quanto possibile sicuro.

Il problema quindi è essenzialmente diagnostico.

Dopo queste considerazioni d'ordine generale viene esposto il trattamento preoperatorio di questi malati, e si riassume nel migliorare il loro stato generale con tutti i mezzi a nostra disposizione, tra cui la trasfusione di sangue occupa forse il posto principale, e i metodi di anestesia, tra i quali quella generale occupa sempre il posto predominante, perchè non peggiora il grave stato di collasso esistente e consente quel silenzio addominale completo, necessario per un'accurata revisione dell'addome.

Quindi sono passati in rassegna i procedimenti e il modo di comportarsi nelle lesioni dei singoli visceri, e sono suggeriti gli accorgimenti di tecnica e di terapia che il R., in base alla sua esperienza, ritiene migliori e più sicuri per una buona riuscita dell'intervento.

Infine, dopo aver notato che la mortalità operatoria in rapporto al miglioramento della tecnica e del trattamento è andata man mano diminuendo ed è scesa dal 65 % nel 1885-90 al 30 % nel 1900 e al 22 % nell'epoca attuale, ricorda che le lesioni in relazione alla loro gravità possono essere così elencate: tubo digerente, fegato, milza, rene.

Comunicazioni inerenti al Tema.

STEFANINI P. (Roma). *Traumi chiusi dell'addome.*

FORNI G. (Bologna). *Osservazioni di contusioni addominali.*

BIGI S. (Bologna). *Stenosi intestinale post-traumatica in un bambino.*

GIOVANNINI S. (Bologna). *Le lesioni degli organi parenchimatosi nei traumi chiusi dell'addome.*

MILLETTI M. (Bologna). *Su due casi di lesioni post-traumatiche della parete addominale.*

(Continua)

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Litiasi renale complicata.

Nell'osservazione di E. Branco Ribeiro (*Annaes Paulistas de med. e cir.*, settembre 1939) un uomo di 38 anni si ammala di bronchite fetida, con espettorazione abbondante, tuttora persistente 3 mesi dopo all'atto della visita. A un mese di distanza dall'inizio della bronchite, si manifesta una tumefazione alla regione lombare sinistra, che viene incisa, dando esito a 3 litri di pus giallognolo; ne seguì fistola lombare, resistente a tutte le cure. L'esame completo dimostrò che il rene sinistro era totalmente occupato da un enorme calcolo, che ne aveva distrutta la sostanza, con conseguente pionefrosi. Il rene fu asportato, ma peristevano però la bronchite fetida e la fistola lombare. Un ulteriore esame dimostrò che tale persistenza era dovuta all'esistenza di fistola lombo-enterica e lombo-bronchiale. Un ulteriore intervento liberò dei suoi disturbi il paziente che guadagnò in breve 36 kg. di peso.

La litiasi renale era decorsa nel più completo silenzio dei sintomi; con l'aumento del calcolo, si venne a dilatare il bacinetto e ad installare una pionefrosi; consecutiva formazione di aderenze, ascesso perinefritico e derivazione bronchiale attraverso rottura del diaframma. Più difficile da spiegarsi è la fistola lombo-enterica, diagnosticata con la radiografia a mezzo di contrasto e confermata dall'intervento. L'A. pensa alla possibilità di lesione dell'angolo dignuno-duodenale durante la liberazione del polo superiore del rene in occasione della nefrectomia. *fil.*

Cura delle pielonefriti croniche.

La cura delle pielonefriti croniche dà spesso delusioni, perchè può non portare alla guarigione della malattia.

Prima di iniziare la cura bisogna sempre fare una radiografia.

L'igiene del malato è di fondamentale importanza. Si devono evitare le fatiche e i raffreddamenti, si deve sorvegliare il funzionamento dell'intestino. Se l'esame delle feci dimostra un'infezione colibacillare si disinfetterà l'intestino coll'ozono secondo il metodo di Aubourg (insufflazione dell'intestino con ozono, in maniera però da non provocarne la distensione).

Non bisogna sottoporre il malato a regime latteo-vegetariano, ma dargli in abbondanza carne, pesce, uova. Si sopprimeranno i legumi verdi (insalate, spinaci, fagiolini) perchè alcalinizzano le urine.

Si darà poco latte, ma molta acqua (se non è calcarea, o acque minerali (Evian, Vittel, Contrexéville, La Preste) con esclusione di quelle alcaline (Vichy, Pongues, ecc.).

Si seguirà un regime chetogeno (abbondanza di grassi).

I medicamenti da usarsi, data la lunga durata della malattia, si alterneranno.

Si usano il collargolo (soluzione al due per cento, 2 cucchiai al giorno), l'urotropina (2 gr. al giorno), il rubiazol (4 compresse al giorno).

L'acido mandelico ha sapore ripugnante per cui è meglio sostituirlo con mandelato di calcio. L'olio di Haarlem si può usare in capsule da gr. 0,20 l'una (6 al giorno).

Nelle forme stafilococciche sono utili gli arsenobenzoli (una serie endovenosa da 0,15 fino a 0,90) e il cloruro di calcio anidro ad alte dosi (10 gr. al giorno). Utili anche i vaccini.

Nei casi di riacutizzazioni della malattia si faranno lavaggi del bacinetto renale con soluzione 1-2:300 o con soluzione di ossicianuro di mercurio 0,15-1000.

In caso di ematuria persistente è efficacissimo il drenaggio del bacinetto.

Ci sono dei casi in cui la guarigione si ottiene solo colla nefrectomia (nei casi di leucoplasia del bacinetto) o anche colla sola nefrostomia che si conserverà fino a disinfezione completa del rene. L.

Le cistiti in menopausa.

Le donne in menopausa presentano spesso disturbi vescicali, che molte volte sono in rapporto con pseudo-polipoidi del collo, nel determinismo dei quali entrano probabilmente in funzione lo squilibrio endocrino e le modificazioni vascolari che vi sono connesse.

La sintomatologia che si osserva in tali donne è quella di una cistite cronica, ribelle alle comuni cure e spesso recidivante dopo periodi di tregua; urine generalmente limpide o quasi, con lieve piuria. Ciò che maggiormente infastidisce tali pazienti è la pollachiuria di alto grado, diurna e notturna, con sensazione di bruciore, che accompagna l'emissione delle ultime gocce di urina.

Nell'esame uretro-cistoscopico di molte di tali donne, B. Sorrentino (*Forze sanitarie*, 15 marzo 1939) ha trovato lesioni il più spesso del tipo pseudo-polipoide, altre volte di edema duro: salienze irregolari o piccole formazioni sferiche, come di bottoni. Si comprende che le comuni cure a base di lavature ed antisettici per uso orale rimangano inefficaci.

Occorre, invece, distruggere le neoformazioni del collo mediante scintille di alta frequenza, dopo di che si applicherà per qualche giorno una sonda di De Pezzer; si faranno in seguito lavature con ossicianuro di mercurio (1/4000) o rivanolo (1/1700); per bocca giova il blu di metilene. Si possono così guarire in poche settimane delle inferme che soffrivano da anni. È opportuno associare anche l'opoterapia. *fil.*

Trattamento delle cistiti ribelli e delle infezioni vescicali con instillazioni di olio di fegato di merluzzo e di pasta vitaminica.

Gli insuccessi dei vari trattamenti delle cistiti ribelli, specialmente tubercolari, spingono a ricercare nuovi metodi più efficaci.

Martin L. (*Journal d'Urologie*, n. 6, 1939) per primo ha pensato di usare l'olio di fegato di merluzzo od il suo succedaneo, la pasta vitaminica, come topico vescicale contro le ulcerazioni croniche della vescica. Ha in seguito esteso il trattamento.

La sua esperienza riguarda: cistiti tubercolari, cistiti croniche, un caso di cistite pseudomembranosa, assai dolorosa e ribelle, da stafilococco, vesciche infette che avevano subìto la folgorazione di polipi vescicali od ulcerazioni ribelli.

In tutti i casi si sono ottenuti questi risultati: scomparsa dei dolori, diminuzione della frequenza delle minzioni, rischiaramento delle urine, scomparsa delle false membrane, constatata alla cistoscopia.

L'instillazione è preparata in un piccolo recipiente metallico riscaldato a bagnomaria, per facilitare la mescolanza della pasta con l'olio di mandorle dolci.

In seguito viene iniettata tiepida nella vescica, assai facilmente mediante una sonda, e lasciata in sito.

Si fanno compiere al malato alcuni giri di torsione su se stesso per meglio tappezzare le pareti vescicali con il medicamento vitaminizzato.

Gli ottimi risultati spingono l'A. a consigliare un largo uso di questo trattamento terapeutico. BAZZOCCHI.

Adenomectomia transvescicale o resezione endoscopica transuretrale.

Marion G. (*La Presse Médicale*, 11 luglio 1939) osserva che l'adenoma periuretrale (anticamente chiamato a torto ipertrofia prostatica) si sviluppa attorno all'uretra fra il collo vescicale e il *veru montanum* e crea un ostacolo alla minzione, con le conseguenze note. Si ammette che questo adenoma si sviluppi nelle ghiandole che si trovano nella mucosa uretrale in questo punto. Il suo trattamento basale è quello medico finchè l'adenoma non dia luogo a certi fatti, i quali impongono l'intervento.

Si opererà quando il malato è obbligato a utilizzare la sonda regolarmente sia per una ritenzione completa o per un residuo capace di agire sui reni, quando si vede il residuo aumentare, quando si producono degli accidenti a ripetizione come ritenzioni complete acute passeggere, ematurie di una certa importanza, epididimiti a ripetizione, poussée infettive, quando si constata nell'adenoma un nodulo indice di trasformazione epiteliomatosa. L'operazione si può eseguire attualmente in due modi: con una adenomectomia transvescicale (Freyer) o con la resezione endoscopica per via uretrale che utilizza un'ansa alimentata da una corrente ad alta frequenza che a poco a poco asporta a frammenti l'adenoma.

Quando si deve preferire l'uno o l'altro dei due interventi ambedue meritevoli di essere utilizzati? Prima di operare bisogna esplorare la funzione renale, l'apparato circolatorio ecc. ma è altresì indispensabile di esaminare completamente con la cistoscopia o cistografia lo stato della vescica e rendersi conto del volume della prostata. Studiate le particolarità delle due operazioni l'A. conclude che la scelta fra i due metodi deve essere fatta nel seguente modo. La resezione endoscopica si preferirà: 1) per tutti i piccoli adenomi, sopratutto quando sono caratterizzati da un lobo mediano; 2) per gli adenomi medi o grossi di consistenza dura in soggetti poco resistenti, di età; 3) in certi malati giovani, in buone condizioni generali che non hanno degli inconvenienti come pollachiuria e disuria. Al contrario si darà la scelta all'adenomectomia: 1) nei grossi adenomi in soggetti giovani, nei quali l'operazione è veramente benigna; 2) negli adenomi voluminosi molli, sanguinanti, infettati, casi in cui la resezione è difficile e pericolosa; 3) nei casi in cui l'uretra non può essere resa permeabile all'apparecchio resettore; 4) quando vi è una indicazione formale ad aprire la vescica per migliorare lo stato dei reni ecc.; 5) quando esistono suppurazioni prostatiche importanti; 6) quando esiste un principio di trasformazione maligna dell'adenoma; 7) quando la resezione sarebbe fallita. BENDANDI.

L'azione di acque minerali alcaline sulla composizione dell'urina.

Riportiamo i dati essenziali di un ampio studio fatto da S. Belluc, J. Chaussin, L. Lescouer e T. Ranson (*Nutrition*, 1939, n. 3) sull'effetto dell'acqua di Vichy, che come è noto è un'acqua alcalina (su una mineralizzazione totale di 8,73/1000, vi sono 6 g. di bicarbonati alcalini. La cura si fa abitualmente prendendo due dosi da 500 cmc. al giorno, fra i pasti, l'una alle 10, l'altra alle 16. Le prove sono state fatte su un uomo di 34 anni, sano e normale.

L'aumento della mineralizzazione urinaria rilevato è inferiore a quello che si sarebbe potuto supporre, tenuto conto dell'abbassamento del punto crioscopico dell'acqua di Vichy e del passaggio del volume di acqua constatato (circa un litro).

Si è osservata diminuzione dell'urea, nell'urina, senza che il rapporto azoturico fosse sensibilmente modificato. Può darsi che l'ingestione dell'acqua alcalina abbia provocato una certa perturbazione nel ritmo della digestione fisiologica; un'evacuazione prematura dallo stomaco spiegherebbe il fatto che vengano tol-

te delle sostanze azotate dall'urina a profitto dell'intestino.

Con l'ingestione durante i pasti, si osserva al contrario aumento di urea nelle urine; ciò che si spiega con il rapido arrivo del bicarbonato nell'intestino, e successivo passaggio nell'ambiente interno per « effetto di sale ».

Per quanto riguarda i fosfati, si osserva una diminuzione sensibile di questi se l'ingestione si fa ai pasti, diminuzione che è ancor più netta nell'ingestione fra i pasti.

Il meccanismo di questa zona va ricercato nell'azione combinata dell'alcalinità e degli alcalino-terrosi sull'acido fosforico. Tale azione (al pari di quella che si ha nel regime vegetariano in cui i fosfati arrivano a sparire dall'urina) porta all'eliminazione dei fosfati per il tubo digerente, allo stato di fosfato di calce e di magnesio insolubili. La questione dei fosfati urinari, del resto, è strettamente legata a quella dell'equilibrio acido-base dell'organismo.

fil.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA

La sternopuntura nella infezione malarica.

S. Garozzo (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 15 giugno 1939) osserva come in un primo tempo si è cercato, con l'impiego della sternopuntura, di facilitare i reperti del parassita malarico. Su questo punto regna tuttavia ancora molta incertezza, negando anzi molti AA. l'utilità della ricerca.

In un secondo tempo si è passati allo studio cito-morfologico del midollo osseo in tale affezione. Gli AA. che si sono occupati di questo argomento hanno messo in luce la tendenza ad una produzione di tipo eritrocitario, e la scarsa reazione della sezione granulopoietica.

L'A. indagando su malarici semplici e su paralitici progressivi malarizzati viene ai risultati che seguono:

Nelle forme acute eritropoiesi quasi del tutto normale, con il cronicizzarsi del processo e perciò con la maggiore anemizzazione del malato, gli elementi rossi aumentano (46 %).

Le cellule della serie granulocitica sono in quantità elevate, presentando tuttavia oscillazioni sensibili con l'evolvere dell'affezione.

Scarsa è la partecipazione del sistema reticolo endoteliale, così anche non è stato possibile accertare una fase reticolo endoteliale del parassita nel periodo di latenza della malattia.

D. SIBILIA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Azione degli acidi biliari sulla glicemia in condizioni normali e nelle lesioni del fegato.

E. Dworacek (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 1° settembre 1939) osserva che se si iniettano alle cavie dei sali biliari, 20-30 minuti dopo l'iniezione diminuisce considerevolmente il glicogeno epatico: se la iniezione è fatta ad animali digiuni, il glicogeno scompare totalmente. Nell'uomo si può dedurre il consumo del glicogeno epatico dallo studio della glicemia.

La iniezione all'uomo di 20 cmc. di Decholin (soluzione acquosa al 20 % di sodio deidrocolico) provoca già dopo 5 minuti un aumento della glicemia, esponente della diminuzione del glicogeno epatico: dopo 30 minuti la glicemia è ritornata normale. L'aumento dello zucchero può privare fino al 35 % del valore iniziale, cioè della glicemia a digiuno. I pazienti affetti da lesioni epatiche (cirrosi, itteri da occlusione prolungati, cachessia da tumori, carenza alimentare assoluta da tumori stenosanti dell'esofago o stomaco) hanno a digiuno una glicemia subnormale. In questi pazienti la iniezione di Decholin non è seguita da alcun sensibile aumento della glicemia. Una lieve tendenza ad aumento dello zucchero ematico si manifesta 30 minuti dopo l'iniezione, comportamento quindi del tutto diverso da quello normale. La mancata azione della iniezione di acidi biliari sulla glicemia può servire a dimostrare una alterata funzione del fegato in casi in cui le usuali prove non riescono a rivelarli.

P.

VARIA

Le caratteristiche degli allergici.

In una comunicazione alla Soc. medica di Monaco (*Klin. Wochens.*, 19 agosto 1939) E. Hanhart, parlando delle ricerche da lui fatte sulla patologia familiare nella Svizzera, si occupa anche delle idiosincrasie e delle allergie, che egli ha studiato in vaste genealogie. L'allergico, egli dice, non è fondamentalmente sano, ma va considerato come una razza patologica; esso costituisce circa il 10 % della popolazione e, non ostante il suo precoce incanutimento e la sua ipereccitabilità vegetativa e psichica, che raramente manca nei casi gravi, appartiene agli individui che rimangono giovani a lungo. Gli allergici compensano generalmente molto bene la loro deficienza costituzionale e spesso la loro scarsa sicurezza di istinti, con una mobilità psichica, la perseveranza e le doti di sensibilità psichica.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Collected Papers from the Faculthy of Medicine, Osaka Imperial University, 1938. Osaka, 1939; in 8 gr., pp. 282.

Società Tosco-Umbra di Chirurgia. Bollettino e Memorie. Vol. V, nn. 5 e 6. Seduta del 20 maggio, 3 giugno e 15 luglio 1939. Stab. d'Arti Graf. S. Bernardino, Siena, 1939-XVIII.

A. BERLESE. *Trattamento di processi morbosi a manifestazione esterna mediante soluzione alcoolica da sublimato corrosivo a titolo elevato.* Tip. Castaldi. Feltre, 1939.

P. ALBANESE. *Piorrea alveolare infezione focale.* S. A. Nuove Grafiche, Roma 1939.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Tessera sanitaria per le persone che prestano servizi inerenti al funzionamento della vita familiare.

Il Ministero dell'Interno (Direzione generale della sanità pubblica) ha diretto ai prefetti del Regno ed al Governatore di Roma una circolare n. 157, in data 4 dicembre 1939-XVIII, in cui si rileva che un congruo numero di tessere sanitarie sarà messo a disposizione per il rilascio gratuito alle persone, che prestano servizi, inerenti al funzionamento della vita familiare.

La circolare aggiunge: Vogliate, intanto, fin da ora, disporre l'organizzazione dell'importante servizio presso gli uffici comunali, specie per quanto concerne gli accertamenti sanitari, per i quali gli ufficiali sanitari potranno per le ricerche complementari avvalersi dei seguenti istituti: laboratori provinciali di igiene e profilassi, dispensari antitubercolari, dispensari antivenerei ed in genere tutti gli altri ambulatori medici, dipendenti da enti o istituti pubblici.

Particolare attenzione occorre rivolgere all'attrezzamento tecnico per la ricerca dei casi di tubercolosi e di sifilide, tenuto conto che i mezzi generalmente in uso richiedono un tempo notevolmente lungo e una spesa che mal si conciliano con le peculiari necessità del nuovo servizio.

Per quanto riguarda la tubercolosi si dispone ora di un apparecchio che permette la ripresa, in lastre o films foto-sensibili di piccole dimensioni, mediante processo fotografico, delle immagini radioscopiche, formatesi sullo schermo fluorescente, sotto l'eccitazione dei raggi X. Di esso questo Ministero si riserva di rendere noto il tipo che meglio possa rispondere allo scopo.

Analoghi vantaggi di rapidità e di economia potranno conseguirsi, nella ricerca dei casi latenti di sifilide, con l'uso dell'apparecchio « Ide » per la reazione colorimetrica della lue.

Con tali metodi, rapidi e di modico costo di funzionamento, sarà agevole dare la massima estensione alle indagini relative sceverando i sospetti dalla massa dei sani, salvo ad eseguire, nei casi in cui lo si ritenga opportuno, esami più approfonditi, integrati, eventualmente, da altre ricerche.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ancona. *Ospedale civile Umberto I.* — Tre assistenti medico-chirurgi; scad. ore 18 del 15 genn.; tassa L. 50, 20; età limite anni 30 al 10 dic.; stip. L. 3149,80, alloggio, indenn. giornaliera di vitto in L. 12,55 nette, vitto in natura nei giorni di guardia, compartecipaz. Titoli ed esami. Nomina per un biennio.

Aversa (*Napoli*). *R. Ospedale psichiatrico.* — Direttore sanitario; titoli scientifici e pratici; scad. 1 marzo, ore 13; stip. L. 15.000, e 3 quadrienni di L. 1200, indenn. serv. att. L. 3000. Tassa L. 50 Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

Chieti. *Consorzio prov. antituberc.* — Due medici direttori delle Sezioni dispensariali d'igiene sociale di Isonio ed Atessa; titoli ed esami; stip. L. 7558,25 e 4 quinquenni decimo, indennità missione; servizi per almeno 2 ore al giorno per 3 giorni della settimana; è consentito il libero esercizio. Età limite 40 a. al 12 dic. Scad. ore 12 del 20 febbr.

Chieti. *R. Prefettura.* — Ass. alla Sez. med.-micrograf. Lab. prov. Igiene e profilassi. Titoli ed esami. Età lim. 32 a. s.e.l.; senza limiti per gli ass. universitari di ruolo e per gli addetti a Uff. di Igiene. Elenco titoli in 7 esemplari; titoli scient. in 5 copie. Stip. an. 11.000, 4 quadrienni di 1000, s.a. 1500, partecipaz. proventi. Scad. ore 12 del 30 genn.

Cosenza. *R. Prefettura.* — Ass. Sez. medico-micr. Lab. Prov. Ig. e Profilassi. Stip. a. 9500, con 3 aumenti 4-ennali di 600, 700, 800. Scad. 29 febbr.

La Spezia. *Ospedale civile Vittorio Emanuele II.* — Fino alle ore dodici del 31 gennaio 1940-XVIII, è aperto concorso per primario specialista di oftalmoiatria. Chiedere copia avviso alla segreteria dell'Ospedale. *Il Presidente*: Avv. G. Viglione.

Narni (*Terni*). *L'Ospedale Civile.* — Assumerebbe subito interinalmente, in attesa di regolare concorso, aiuto chirurgo buona pratica. Stipendio annuo L. 8879,15 al lordo ritenute di legge e compartecipazione del 15 % sulle operazioni radiografie dei paganti in proprio, più vitto ed alloggio in Ospedale.

Inviare domanda et curriculum all'Amministrazione dell'Ospedale Civile Narni (Terni).

Roma. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di Riparto: Falconara Marittima I, Fano II, Foligno I, Fossacesia, Paganica, Passignano sul Trasimeno, Piediluco, Roseto degli Abruzzi, Senigallia, Varano (Ancona); Adria II, Arquà, Cotignola, Mercatale di Vernio, Piacenza II, Polesella, Sossano (Bologna); Mores, Sassari II (Cagliari); Messina I (Catania); Asciano (Firenze); Foggia IV, Foggia V, Foggia VI, Foggia VII, Lesina (Foggia); Cassano Spinola, Genova III, Genova IV, Genova IX, Monterosso, Novi Ligure II, Olivetta S. Michele, Ronco, Villalvernia (Genova); Broni Castellucchio, Cremona III, Crescenzago, Dervio, Domodossola I, Ghedi, Mandello del Lario, Milano X, Parabiago, Porto Valtravaglia, Preglia, Villanova d'Arda (Milano); Avellino II, Pagani Scafati, S. Maria Capua Vetere II (Napoli); Agrigento I, Agrigento II, Alcamo II, Bolognetta, Campofranco, Canicattì IV, Castellammare del Golfo, Cinisi Terrasini, Mazara del Vallo, Montallegro, Partanna, Spadafora, Vallelunga II, Vittoria I (Palermo); Arcola, Campiglia Marittima, Monte Amiata, Montepescali, Ozzano Taro, Pisa II, Pisa V (Pisa); Acquappesa, Agropoli, Bovalino, Catanzaro Marina II, Melito Porto Salvo II, Montalbano Jonico, Montegiordano, Palizzi, Reggio Calabria I, Reggio Calabria II (Reggio Calabria); Alviano, Castel di Sangro, Ceprano II, Ciampino, Cineto Romano, Ferentino, Ficulle II, Frosinone, Orvieto, Prezza, Priverno, S. Marinel-

la Sgurgola (Roma); Borgo S. Dalmazzo, Cantalupo, Castel d'Agogna, Chiomonte, Dronero, Moncalvo, Novara II, Novara III, Ormea, Ponzana, Rione Cristo, Tenda, Tromello, Valle, Vigevano (Torino); Avio, Campo Tures, Colle Isarco, Grigno, Rio di Pusteria, Valdaora (Trento); Gorizia Centrale, Malborghetto, Moggio, Trieste II (Trieste); Bassano del Grappa, Montebello Vicentino, Venezia Carpenedo (Venezia).

Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentisi). Scadenza ore 17 del 31 gennaio 1940-XVIII.

SONDRIO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso, per titoli ed esami, a Medico Aiuto del Consorzio Prov. Antitubercolare di Sondrio. Età massima anni 40, salvo eccezioni di legge. Stipendio annuo L. 8336, con 6 aumenti quadriennali di L. 833. Per servizio attivo L. 2084. Scadenza ore dodici del 28 febbraio 1940-XVIII. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio Prov. Antitubercolare di Sondrio.

Il Presidente: B. CREDARO.

Concorsi a premi.

Conferimento assegni vitalizi I.N.F.A.D.E.L.

L'Istituto Nazionale Fascista Assistenza dipendenti Enti Locali (I.N.F.A.D.E.L.) ha bandito un concorso pel conferimento di n. 75 assegni vitalizi agli impiegati e sanitari già alle dipendenze di Enti Locali.

Le domande, nelle quali dev'essere indicato con esattezza il domicilio del concorrente dovevano pervenire alla Direzione dell'Istituto non oltre il 31 dicembre 1939, termine che è prorogato al 31 gennaio 1940 per gli aspiranti al conferimento degli assegni vitalizi che maturino il diritto a concorrere con il 31 dicembre 1939.

Per le modalità di partecipazione e per maggiori chiarimenti, gli interessati potranno rivolgersi alla Segreteria dei Comuni.

Premi per neo-laureati

Presso l'Università di Milano è aperto il Concorso ad un Premio annuale « Elide Piccinini Stramezzi » di L. 1000 destinato ad un giovane che abbia presentate e discusso le migliori tesi di laurea su argomento che abbia attinenza con l'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia (ostetricia, ginecologia, pediatria, puericoltura, idroclimatologia applicata alla madre ed al fanciullo e simili).

Le domande di concorso, che dovranno pervenire alla Segreteria non oltre il 15 marzo 1940-XVIII, saranno redatte in carta legale e dovranno essere dirette al Rettore della R. Università di Milano.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Sono stati elevati all'onore del laticlavio i proff. Cesare Agostini, Francesco Saverio Mosso e Giovanni Marri, cui facciamo i nostri cordiali rallegramenti, in nome della famiglia sanitaria.

Il sen. prof. Amedeo Perna è nominato membro dell'Accademia Medica Lombarda.

Veniamo ora a conoscenza che, il Collega prof. comm. Ezio Mazzolini, dallo scorso ottobre è stato nominato direttore del Servizio Sanitario della Casa di S. Maestà il Re Imperatore. Al distinto professionista vadano le nostre più sentite congratulazioni. A. P.

Il prof. Emilio J. Pampana è nominato vicedirettore di sanità dell'Albania. Ci compiacciamo con l'insigne studioso per il posto di responsabilità cui è chiamato dalla fiducia del Regime. Direttore generale della Sanità in Albania è per ragioni statutarie, un albanese: il dott. Basho.

L'Istituto per le relazioni culturali con l'estero (IRCE) ha affidato il Servizio per la medicina, l'igiene e la biologia, al dott. Azeglio Filippini, membro del Consiglio Nazionale delle Ricerche per la psicologia applicata.

Il prof. Pietro Verga, direttore dell'Istituto di anatomia patologica della R. Università di Napoli, è stato nominato Preside della Facoltà di medicina e chirurgia.

Il premio Senckenberg, di 4000 marchi oro, uno dei più importanti della medicina tedesca, è stato conferito al dott. E. Ruska, per i suoi lavori sulla microscopia elettrionica.

Il prof. A. Bessemans, direttore dell'Istituto d'igiene e batteriologia dell'Università di Gand (Belgio), ha ricevuto dall'Accademia di Medicina di Parigi il premio Jansen, di 9.000 franchi, per l'insieme dei suoi lavori sulle spirochetosi. Egli aveva già avuto dalla stessa Accademia il premio Godard nel 1933 e il premio Sainton nel 1936.

NOTIZIE DIVERSE

Società per gli studi della malaria.

Il 29 novembre si è riunito il Consiglio d'Amministrazione della Società, sotto la presidenza del sen. Prampolini, per deliberare in merito all'organizzazione del IV Congresso internazionale della Malaria, indetto a Roma in occasione dell'Esposizione internazionale del 1942 e autorizzato dal Governo.

Dopo ampia discussione è stato deciso che la Società per gli Studi della Malaria, in collaborazione dell'Istituto di Malariologia « E. Marchiafava », assumerà l'ordinamento del Congresso: a tale scopo è stato proposto di nominare un Comitato generale e un Comitato esecutivo.

Il Consiglio, essendosi verificate delle vacanze nel numero dei Consiglieri, ha provveduto con la nomina di quattro nuovi Consiglieri nelle persone dei proff. Lega, Pampana, Raffaele, Serono ed ha nominato segretario il prof. Jerace.

Il Consiglio ha inoltre approvato la relazione della Commissione già nominata per l'assegnazione di premi su pubblicazioni riguardanti la malaria in A.O.I.

Società italiana di medicina del lavoro.

Il 21 novembre si è riunita, alla libera Università di Ferrara, la presidenza della Società Italiana di medicina del lavoro, onde stabilire il programma dei prossimi convegni sociali.

Italo Balbo è intervenuto alla riunione.

Dopo un saluto portogli dal Presidente della Società, prof. N. Castellino, il Quadrunviro si è rallegrato dei mirabili risultati raggiunti e ha invitato i presenti a proseguire il loro lavoro per il bene delle categorie lavoratrici.

Successivamente il Rettore dell'Università ha pronunciato vibranti parole di saluto agli intervenuti e quindi il prof. Castellino ha dato notizia dei prossimi convegni della Società ed ha illustrato il programma relativo.

Società Romana di Chirurgia.

Ha avuto luogo nell'aula della R. Clinica chirurgica di Roma la prima adunanza della Società romana di chirurgia, con l'intervento di numerosissimi soci.

Notati i professori Bastianelli, Alessandri, Margarucci, Caccia, Bonanome, Paolucci, Dogliotti, Chiasserini, Valdoni, ecc.

Gli argomenti messi all'ordine del giorno hanno suscitato vivo interesse. Particolarmente applaudite le relazioni del prof. A. M. Dogliotti (Catania) su un caso di aneurisma aortico e sulle artrodesi del ginocchio, quella del dott. F. Fisali (Roma) sulla attività neuro-chirurgica della Clinica chirurgica e quella del prof. Carlo Marino-Zuco (Roma), sul trattamento delle fratture del collo del femore. Una lunga cinematografia ha documentato questa interessante comunicazione che ha sollevato fra gli intervenuti vivi consensi e plausi.

Congressi e convegni vari.

Il 4 febbraio, alle ore 9, nella Clinica delle malattie nervose della R. Università di Bologna avrà luogo un raduno neurologico, con il quale il prof. Ayala, titolare della Cattedra, si propone di iniziare una serie di riunioni di questa importante specialità per ovviare in certo modo la poca frequenza di congressi di neurologia.

L'adesione può essere inviata al prof. Ayala, direttore della R .Clinica neurologica di Bologna (presso Porta Saragozza).

Il 36° Congresso nazionale di ostetricia e ginecologia si è svolto a Torino dal 27 al 29 dicembre, sotto l'alto patronato della Principessa di Piemonte e la presidenza del prof. Cova. Degli importanti lavori daremo un resoconto prossimamente.

La Società italiana di storia delle scienze mediche e naturali si adunerà l'11 gennaio, nella Clinica ortopedica della R. Università di Bologna (San Michele in Bosco, Istituto Rizzoli), sotto la presidenza del prof. V. Putti. Segretario generale è il prof. Luigi Castaldi, Lungarno Archibusieri 4, Firenze.

Si è tenuto a Buenos Aires un congresso di sociologia e medicina del lavoro; è durato una settimana e si è chiuso il 14 dicembre. Vi hanno preso parte numerosissimi delegati dell'America Latina. Il dott. Donato Boccia, presente l'Ambasciatore d'Italia, ha svolto una relazione sull'indirizzo biotipologico del prof. Pende, in tutti i campi della medicina del lavoro e della sociologia, come indirizzo moderno individualistico di prevenzione e di assistenza del lavoratore.

Un congresso internazionale sui pronti soccorsi si è svolto a Saint-Moritz; alla chiusura, il presidente della Federazione Italiana dei Medici Sportivi, delegato del C.O.N.I., ha invitato i presenti a partecipare ad un Congresso indetto in Roma per il 1942, in occasione dell'inaugurazione delle « Olimpiadi della Civiltà ».

Il 5° Congresso panamericano della tubercolosi, organizzato dal Comitato dell'Unione latino-americana della Società di tisiologia (Sezione argentina), è indetto a Benos Aires e a Córdova, rispettivamente dal 13 al 15 e dal 16 al 17 ottobre 1940. Temi ufficiali: 1° Indice di tubercolizzazione nei paesi sud-americani; 2° Eredità e contagio della tbc.; 3° Sindromi polmonari e forme inconsuete nella tbc.

Il 6° Congresso Pacifico della Scienza si tenne a Berkeley e Polo Alto (California) dal 24 luglio al 10 agosto; vi furono comunicati vari lavori interessanti concernenti la medicina; ne è dato un resoconto in « Schw. Med. Woch » del 9 dic. 1939.

Il 3° Congresso internazionale di microbiologia si è svolto a New York dal 2 al 9 settembre; naturalmente è stato ostacolato dalla guerra. Un breve resoconto ne è dato in « Bruxelles-Médical » del 19 nov. 1939.

Gl'Istituti di cura privati.

Ha avuto luogo il Convegno nazionale dei titolari dei Sanatori e delle Case di cura per malattie tubercolari.

Alla riunione hanno partecipato i rappresentanti del Partito e del Ministero dell'Interno, il sen. R. Bastianelli e varie altre autorità.

Il cons. naz. Magnini, presidente della Federazione, si è ampiamente soffermato sulla situazione del settore antitubercolare privato, illustrando le soluzioni prospettate dalla organizzazione sindacale.

È seguita una discussione nella quale sono sta-

ti esaminati i rapporti tra i Sanatori privati, l'Istituto di Previdenza Sociale ed i Consorzi provinciali antitubercolari.

Il sen. Bastianelli ha tenuto a precisare il vivo interesse che il Sindacato nazionale dei medici sente di dover prendere ai problemi del settore curativo antitubercolare, per le elevate finalità che questo persegue ai fini della difesa sanitaria della razza.

Il presidente della Confederazione, cons. naz. Molfino, ha riassunta la discussione proponendo l'approvazione di una mozione comprendente i voti della categoria.

Facilitazioni agli universitari residenti nell'Impero.

Il Ministro dell'Educazione nazionale ha disposto che agli studenti universitari residenti nell'Impero per servizio militare o per ragioni di famiglia o di lavoro vengano accordate, a partire dall'anno accademico 1939-40, varie facilitazioni di carriera scolastica, tra cui per gli studenti di medicina l'iscrizione d'ufficio agli anni di Corso successivi al primo anche se per tale iscrizione sia necessario aver superato gli esami dell'anno precedente; la sostituzione della dissertazione scritta di laurea con la discusione orale di un tema assegnato dalla commissione dieci giorni prima dell'esame; facilitazioni nel pagamento delle tasse, sopratasse e contributi; ammissione all'appello straordinario della sessione autunnale di esami.

Altre facilitazioni riguardano il tirocinio pratico ospedaliero per i candidati all'esame di Stato di medico-chirurgo, la pratica semestrale per i laureati in farmacia e il tirocinio pratico per i candidati all'esame di Stato di veterinario.

L'insegnamento di puericoltura nelle scuole medie.

Una circolare del Ministero dell'E. N. in data 1° novembre avverte i Regi Provveditori agli studi che quest'anno, a differenza dell'anno scorso, dopo la pubblicazione della legge 13 luglio 1939 n. 1273 le nomine degli insegnanti di puericultura nelle scuole medie devono essere disposte in conformità di quanto è stabilito dall'art. 4 della legge, nell'ambito delle categorie in essa elencate. Nei casi dubbi i Provveditori si rivolgeranno per consigli e chiarimenti al titolare della cattedra di pediatria della locale o della più vicina università. Data la recente publicazione della legge, l'accettazione delle domande degli aspiranti non è subordinata a termini.

Pensione ai medici anziani nel Belgio.

Ad iniziativa della Federazione dei medici belgi, è in corso d'attuazione un provvedimento per la pensione ai medici anziani, sul modello di quanto si è fatto in Francia. Verrebbero pensionati anche i medici che non hanno versato alcun premio; riceverebbero però solo 8000 franchi all'anno. I medici anziani che hanno versato un piccolo contributo, riceverebbero 10 000 franchi. I giovani medici col tempo verrebbero a liquidare pensioni che raggiungerebbero 25-29 mila franchi. I premi sarebbero uguali per tutti, in misura di 3000 franchi l'anno. Sono contemplate anche pensioni alle vedove, in misura della metà; rimborsi delle spese per funerali; indennizzi nei casi d'invalidità fisica.

Notizie sanitarie di guerra.

Alcune navi addette alla traversata della Manica o del mare d'Irlanda sono state trasformate in navi-ospedale: sono dipinte in bianco e portano l'emblema della Croce Rossa sui fianchi e sulle ciminiere; possono trasportare da 250 a 300 feriti e malati, che bastano per due treni-ambulanza; sono largamente dotate di materiale per medicazione e per ossigenoterapia; nelle sale da pranzo sono state sospese molte amache; una cintura di salvataggio è accanto ad ogni posto; le infermiere sono addestrate al pronto soccorso.

Su 44.608 medici residenti nella Gran Bretagna e nell'Irlanda del Nord, 43.650 sono a disposizione del « Comitato medico di guerra ».

Nell'esercito inglese si è introdotta la vaccinazione profilattica antitetanica, per mezzo di tossoide (anatossina), di cui si praticano due iniezioni a distanza di alcune settimane.

Con ordinanza di Polizia del 16 sett.; in Germania è prescritto che lo iodio e le sue preparazioni (ad es. tintura di iodio) e i prodotti contenenti iodio, possono rilasciarsi, dai farmacisti, solo su ricetta di un medico, di un dentista o di un veterinario, e nell'ultimo caso per solo uso veterinario. La ricetta non può valere che una volta. Ai contravventori sono comminate ammende fino a 150 marchi e la carcere fino a 6 mesi.

Il « Deutsches Aerzteblatt », organo ufficiale della classe medica in Germania, ha pubblicato un'ordinanza in virtù della quale i medici dovranno prescrivere con parsimonia prodotti contenenti grassi, alcool e zuccheri; i saponi potranno essere ordinati solo se giudicati indispensabili.

In Germania un'ordinanza ministeriale autorizza le levatrici a portare una scorta di dieci compresse di chinina, da gr. 0,25 ciascuna, due ampolle di gynergen o di neogynergen e un preparato di lobo posteriore d'ipofisi, ed a valersi di tali preparazioni in casi di pericolo per la madre o per il bambino e qualora non sia raggiungibile un medico, neppure per telefono. Se una levatrice ha fatto uso incongruo dei medicinali predetti, l'Ufficio medico può vietarle l'impiego ulteriore di essi.

A quanto riferiscono i giornali, la radio Mosca ha annunziato che l'U.R.S.S., essendo stata esclusa dalla Società delle Nazioni, non si considera più vincolata all'osservanza delle Convenzioni internazionali. Dopo tale radiodiffusione si sono avuti bombardamenti di ospedali, e un treno finlandese di feriti è stato mitragliato da una squadriglia di aerei sovietici.

Il 21 dicembre l'aviazione sovietica ha danneggiato, ad Helsinski, l'ospedale pediatrico, da tempo evacuato; andarono distrutti un reparto (ove erano dieci degenti, i soli rimasti, e due infermiere), nonchè la palazzina riservata al corpo medico e alle infermiere; una di queste rimase leggermente ferita.

Il Consiglio Federale Elvetico ha messo a disposizione della Croce Rossa Finnica cento mila franchi svizzeri.

Da Londra sono stati evacuati 250.000 bambini; ma ne restano almeno altrettanti.

Si è costituita a Marsiglia una Società medico-chirurgica di guerra; riunisce medici militari e civili; ha cominciato i suoi lavori il 4 novembre.

In Francia nessun medico mobilitato è autorizzato a pubblicare dei lavori, se non dopo il benestare del Servizio di sanità militare. Anche le comunicazioni alle Società scientifiche debbono esser sottoposte ad una censura tecnica preventiva.

La Croce Rossa Americana ha inviato in Inghilterra 25.000 dollari e 20.000 medicazioni chirurgiche.

Al « Centro per la trasfusione del sangue » di Liverpool si sono offerti circa 5000 donatori; la Bordet-Wassermann è risultata positiva solo in 2 di essi.

La Croce Rossa Britannica ha creato una nuova uniforme di guerra per le sue infermiere; comporta un abito azzurro marina, di un solo pezzo, con collo e manichette bianche staccabili, una cappa ed un berretto da marinaio in feltro azzurro marina, con un nastro rosso e nero a strie bianche.

Il presidente della Croce Rossa Americana, Norman Davis, dopo un colloquio avuto col presidente Roosevelt, ha annunziato che sarà aperta una sottoscrizione nazionale per l'assistenza alla Finlandia: s'intende di raccogliere almeno 3 milioni di dollari.

La Croce Rossa Americana ha inviato ingenti quantità di materiale sanitario in Finlandia.

La Croce Rossa Svedese ha organizzato alcune ambulanze da 100 letti ciascuna per la Finlandia e ospitato molte centinaia di bambini finlandesi.

Il « Journal de Chirurgie » ha ripreso le pubblicazioni, dopo l'interruzione di un mese.

Continuano a pubblicarsi regolarmente numerosi periodici medici di lunga ed ininterrotta tradizione; notiamo: « Tropical Diseases Bulletin », « Montpellier Médical », « Marseille - Médical », « Gazette Médicale de France » ecc.

Il dott. Sergio Voronoff si è arruolato nell'Esercito francese come chirurgo; sarà incaricato di dirigere una sezione per gl'innesti cutanei e ossei. Il Voronoff, che è di origine russa, dopo aver fatto un giro di conferenze nelle due Americhe, è partito da New York per la Francia sul « Conte di Savoia ».

La radio svedese ha rivolto un appello ai medici, agli studenti di medicina ed alle infermiere, invitandoli ad iscriversi tra i volontari per la Finlandia. Il personale ospidaliero sarà alloggiato, mantenuto, stipendiato e assicurato dalla Svezia. Gl'interessati devono solo provvedere agli effetti personali.

Il Maresciallo Mannerheim, in un discorso radiodiffuso indirizzato all'Esercito finlandese, ha rivolto calde parole di caldo elogio alla memoria di tre eroine cadute sul campo di battaglia mentre, incuranti del pericolo, attendevano a raccogliere i feriti.

A Hyvinuä, centro abitato a 35 km. da Helsinski, gli aeroplani sovietici hanno quasi demolito l'ospedale militare, che era stato precedentemente fatto sgombrare, e hanno incendiato un grande sanatorio che era stato trasformato in centro d'isolamento per le malattie infettive. Sono rimasti uccisi due medici.

La Croce Rossa Danese ha inviato nella Finlandia due contingenti di sanitari; il secondo di essi era composto di cento medici e duecento infermiere.

Un po' dovunque.

La VII Giornata della madre e del fanciullo, organizzata dall'O.N.M.I., si è svolta il 24 dicembre in tutti i comuni del Regno, con cerimonie celebrative e con distribuzioni di premi.

Larghe notizie ne sono state date dai quotidiani.

La celebrazione romana si è tenuta nel Teatro Adriano: ha concluso un anno di fervente attività della Federazione dell'Urbe dell'O.N.M.I.

Alla presenza animatrice del Duce, si sono concluse ed hanno culminato, il 21 dicembre, a Palazzo Venezia, le manifestazioni di esaltazione della maternità e della prolificità della razza italiana. Anche di esse hanno dato ampie notizie i quotidiani.

Il Duce ha ricevuto il Regio Commissario dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, Carlo Bergamaschi, ed il Preside della Provincia di Roma, Gualtiero Fraschetti, i quali hanno riferito sulla iniziativa presa in collaborazione fra l'O.N.M.I. e la Provincia per la erezione di un grande « Centro di assistenza della maternità e dell'Infanzia », che dovrà sorgere in Roma.

Il Duce, presente il Ministro per l'Africa Italiana, ha ricevuto S. A. il Principe Chigi Albani, Gran Maestro del Sovrano Militare Ordine di Malta, accompagnato dai dignitari dell'Ordine Conte Hercolani e Conte Connestabile della Staffa, dal generale medico Baduel e dell'ing. Baduel. Il Principe ha illustrato al Duce il compimento dei lavori ed il funzionamento del grande Lebbrosario che l'Ordine di Malta ha fatto sorgere a Selaclacà nel Tigrai, sotto gli auspici e secondo le direttive del Duce.

Il Duce ha ricevuto S. E. il prof. Pietro Rondoni e il prof. Vittorio Zavagli, rispettivamente presidente e segretario del IV Congresso internazionale di patologia comparata adunatosi a Roma, che gli hanno offerto gli Atti del Congresso dei quali si è recentemente ultimata la pubblicazione.

Le Ferrovie dello Stato hanno istituito un servizio pel trasporto d'ammalati in vetture speciali, delle tre classi.

Il 17 dicembre il sanatorio « Gian Battista Grassi » di Camerlata (Como), primo dei sanatori dell'I.N.F.P.S., ha celebrato il suo decennale.

Con decreto del Re dei Belgi pubblicato nel « Moniteur » del 2 dicembre viene riconosciuta come Ente d'utilità pubblica la « Fondazione Padre Damiano per la lotta contro la lebbra » e se ne approvano gli Statuti, pubblicati nello stesso numero.

Il prof. M. Bufano ha tenuto la prolusione al corso di clinica medica nell'Università di Parma

trttando de « L'influenza dell'endemia malarica sulla emopoiesi e sulle emopatie ».

Il prof. Gian Giuseppe Palmieri, titolare della nuova cattedra di radiologia medica a Bologna, ha tenuto il 2 dicembre la sua prolusione svolgendo il tema: « La radiologia nella prassi e nella scienza ».

Nell'aula dell'Istituto « Carlo Forlanini » di Roma, gremita di un pubblico d'eccezione, il direttore prof. E. Morelli ha tenuto una conferenza sui « Nuovi sistemi di cura contro le malattie tubercolari ». Ha illustrato la vaccinazione da lui attuata valendosi di bacilli trasformati in ganga amorfa. Ha esposto il metodo di aspirazione endocavitaria attuato dal prof. Monaldi. Il sen. Maragliano, presente alla conferenza, ha espresso la sua ammirazione per il prof. Morelli.

La Società Napoletana di chirurgia si è adunata il 29 novembre, sotto la presidenza del prof. L. Dominici, asistito dal segretario prof. L. Imperati. Sono state fatte comunicazioni da: M. Battiloro (due comunicazioni), A. Lanzara, P. Del-Torto, P. Giliberti, G. Marinucci.

Il 5 dicembre nel salone XXVIII Ottobre del Gruppo rionale « A. Sciesa » di Milano, sono state proiettate, a cura del Sindacato provinciale fascista dei medici, con gli auspici del Cinegaf, alcuni film medico-chirurgici. Le diverse produzioni sono state realizzate dal dott. Luigi Calcagno. La serata del 5, martedì, venne riservata ai medici; la proiezione del 6, invece, fu dedicata al pubblico.

Un corso di perfezionamento in patologia coloniale è stato organizzato nell'Università di Modena, per l'anno scolastico 1939-40. Doveva essere diretto dal compianto prof. Croveri.

Corsi complementari d'igiene pratica si svolgeranno nelle Università di Napoli e di Siena, a partire dal 15 gennaio e dall'1 febbraio; tassa L. 350; modalità consuete.

Nella nuova sede dell'Ospedale Fatebenefratelli e Sorelle è stata data, il 22 dic., con commovente cerimonia, una medaglia d'oro al prof. Carlo Vallardi, per celebrare la sua trentennale missione presso quell'Ospedale.

Il 27 dicembre è giunta a Roma, da Città del Messico, la salma del compianto prof. Arnaldo Giovannola. Una funzione *in memoriam* si è svolta nella Chiesa del Sacro Cuore; vi ha assistito un denso pubblico. Dopo ha avuto luogo l'accompagnamento funebre.

È deceduto a Novara il 1° dicembre, vittima della nobile ed ardua missione di radiologo, il dott. GIUSEPPE VIANA. Alle sue esperienze il dott. Viana immolava prima una mano e poi la vita.
Era autorizzato a fregiarsi del distintivo d'onore dei mutilati del lavoro, e nonostante le terribili reazioni della materia trattata, aveva voluto continuare nella sua attività.
Il defunto ha chiesto nel testamento di essere sepolto con la camicia nera. Prima di spirare ha voluto essere abbracciato dal federale ed ha gridato: « Viva il Duce! ». M. P.

Registriamo con rammarico le perdite di varie altre illustrazioni della medicina:

Prof. PAOLO CROVERI, direttore della Clinica delle malattie tropicali e subtropicali dell'Università di Modena, ove era succeduto al compianto prof. G. Franchini; era autore di pregevoli studi di patologia tropicale e di un trattato, rimasto in corso di stampa.

Prof. FURIO TRAVAGLI, cultore appassionato della medicina sociale, in cui lascia interessanti pubblicazioni; squadrista, era stato volontario di guerra in Francia e in Tripolitania.

Prof. NICOLA PANE, professore emerito di batteriologia all'Università di Napoli, autore di una serie notevole di studi, tra cui quelli sull'immunizzazione antipneumococcica, sulla differenziazione dei batteri del gruppo tifoide, sulla struttura del pneucococco e del bacillo carbonchioso, sull'elettività del vibrione colerigeno verso i terreni alcalini ecc.; fondò una fiorente scuola. Aveva 84 anni.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 15 Gennaio 1940 - XVIII Num. 2

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

☛ L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, ***senza tassa***, nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5

☛ ***Una preghiera ai nostri fedeli abbonati:***

Ripreghiamo i Signori Abbonati a provvedere con **cortese sollecitudine** *al RINNOVO DELL'ABBONAMENTO per il 1940 onde evitare interruzioni o irregolarità nell'invio dei fascicoli. Il pagamento in Italia, Impero e Colonie può essere effettuato nel modo più semplice ed economico versando la somma all'Ufficio di Posta nel conto corrente postale dell'Editore Luigi Pozzi N. 1/5945, Roma, usando il Bollettino che all'uopo accludemmo nel Fascicolo N. 51 del 18 dicembre u. s.* L'AMMINISTRAZIONE.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I - Roma
V PADIGLIONE
Primario medico ed aggregato clinico:
Prof. TOMMASO LUCHERINI.

La paratiroidectomia nella sclerodermia.

Dott. LIUZZO GIOVANNI, aiuto.

Nuovi orizzonti si aprirono per l'interpretazione etiopatogenetica e per il trattamento terapeutico della sclerodermia da quando i dosaggi di Pautrier e Chinassi-Hakki sulla calcemia, e le esperienze di Leriche, Jung e Hoffmann sul contenuto calcico della cute sclerodermica segnalarono un disturbo del metabolismo calcico nella sclerodermia. Già intanto l'osservazione clinica aveva richiamato l'attenzione sulla decalcificazione dello scheletro, sulla associazione della sclerodermia con calcinosi e artrite (sindrome di Thibierge-Weissenbach), con cataratta (sindrome di Rothmund) ecc.

Si volle attribuire alle paratiroidi la parte preponderante, se non esclusiva, nella patogenesi della sclerodermia; e pertanto i tentativi di cura furono diretti alla soppressione funzionale o effettiva delle paratiroidi. Il più strenuo sostenitore della teoria del disormonismo paratiroideo è il Leriche, che per la prima volta nel 1931 praticò la paratiroidectomia con risultato soddisfacente. I successivi interventi chirurgici sulle paratiroidi (paratiroidec-

tomia uni- o bilaterale, legatura delle arterie tiroidee inferiori, ecc.) e le ricerche sperimentali personali e di altri Autori hanno permesso al Leriche di studiare i rapporti fra paratiroidi, equilibrio calcico tissulare e nutrizione della pelle interpretandoli nel senso che la disfunzione paratiroidea conduce all'atrofia cutanea attraverso un processo osteolitico: la sclerodermia sarebbe « l'espressione cutanea di un iperparatiroidismo osteolitico ». L'azione della paratiroidectomia si eserciterebbe proprio a livello del tessuto connettivo, ivi compreso il tessuto osseo (nel senso di Reichert), ove si svolgerebbero modificazioni di quelle condizioni fisico-chimiche e strutturali sulle quali si basa in ultima analisi il processo sclerodermico.

Non sono mancate, specie in questi ultimi tempi, critiche alla concezione endocrina paratiroidea della patogenesi della sclerodermia; e queste critiche vertono anche sulle stesse premesse biochimiche e sperimentali che giustificavano l'ablazione delle paratiroidi.

Dato l'interesse che suscita l'argomento, soprattutto in rapporto alla discussa patogenesi della sclerodermia, crediamo opportuno di riferire su due casi occorsi contemporaneamente alla nostra osservazione, nei quali fu eseguita la paratiroidectomia, rispettivamente uni e bilaterale.

Illustriamo brevemente le relative storie cliniche.

CASO I. — C. M., di anni 27, tipografa, nubile, da S. Vito al Tagliamento (Udine).

Anamnesi. — Padre morto a 44 anni per neoplasia gastrica. Madre vivente e sana; un fratello morto per tubercolosi polmonare.

All'infuori di una febbre tifoide (?) sofferta all'età di 6 anni, la p. afferma di aver sempre goduto buona salute. Mestruata all'età di 14 anni, le mestruazioni sono state sempre normali per ciclo e durata, ma quantitativamente scarse.

L'origine della malattia attuale vien fatta risalire all'età di 9 anni, quando cominciò a notare che la pelle delle mani, specialmente se esposta al freddo, assumeva colorito violaceo divenendo fredda, intorpidita, succulenta; si accompagnavano inoltre formicolio, iperidrosi discreta, non particolari sensazioni dolorose. L'esposizione al caldo era l'unica cura veramente efficace per ovviare a questo disturbo, almeno in un primo tempo.

Ma col passare degli anni si è avuta una accentuazione del disturbo vascolare, e la cute delle dita si è progressivamente ispessita indurita; le unghie diventavano friabili e, dice la p., « crescevano male ». Sette anni fa a seguito di affezione suppurativa ad andamento cronico si ebbe parziale distacco della terza falange del dito pollice della mano destra, poi di quella del pollice della mano sinistra, poi ancora della falangetta del 2° e 5° dito della mano destra.

Così la p. ha notato una mutilazione a tappe delle sue dita, con intervalli anche lunghi di apparente guarigione del male, attribuita di volta in volta alle svariate cure topiche e generali praticate.

Da qualche anno i familiari si sono accorti che il suo viso andava gradualmente assumendo un aspetto rigido con marcata diminuzione del gioco dei muscoli mimici e del movimento delle labbra. Nessun disturbo particolare veniva accusato a carico degli arti inferiori e del tronco. La p. si lagna di astenia, disappetenza, dimagramento. Alvo e diuresi normali.

FIG. 1. — (Caso I). Fotografia prima dell'operazione.

Entra in Reparto il giorno 13 settembre 1938.

Esame obiettivo. — Costituzione scheletrica regolare. Condizioni generali di sanguificazione e nutrizione scadenti. Sensorio integro. Decubito indifferente.

La facies è scarna, amimica; le pliche nasolabiali appena accennate. Le labbra sono notevolmente pallide, assottigliate; quello superiore presenta alcune rughe dirette in senso longitudinale verso la rima labiale. I movimenti delle labbra sono ridottissimi. Il cavo orale mostra pallore diffuso; la lingua è umida, detersa, disepitelizzata.

Le maggiori alterazioni si riscontrano alle mani. La cute è anelastica, spessa, succulenta, particolarmente a livello delle dita; non si lascia sollevare in pliche dimostrando la sua netta aderenza ai piani sottostanti. Le dita si presentano tutte quante alterate, oltre che nel trofismo della cute, per mutilazione della falangetta che è quasi totale nel 1°, 2°, 3° dito delle due mani, parziale nel 4° e 5° dito. Le unghie sono conservate, ma distrofiche, piccole, ricurve; esse si impiantano, ove esiste mutilazione, quasi direttamente sulle falangine.

A carico dell'apparato respiratorio non si riscontra nulla di importante; la base polmonare

destra si espande un po' meno della sinistra, ma non si apprezzano modificazioni del respiro nè rumori accessori.

Apparato cardiovascolare: Cuore nei limiti. Alla punta si ascolta rumore di soffio piuttosto intenso che presenta i caratteri del soffio anorganico. Polso di frequenza media, ritmico, normoteso. Pressione arteriosa (al Riva Rocci) 120/70.

Nulla di speciale all'addome; gli organi ipocondriaci sono nei limiti fisiologici.

Sistema nervoso: Pupille isocoriche, di ampiezza normale, a contorni regolari, con riflesso normale alla luce, accomodazione e convergenza. Motilità attiva e passiva normale, tranne che alle mani i cui movimenti più fini sono stentati e incompleti, e alla faccia (muscoli mimici e labbra). Reflessività in ordine. La sensibilità è alterata lievemente in corrispondenza delle dita le quali apprezzano il caldo e il freddo in misura più accentuata.

FIG. 2. — (Caso I). Radiogramma mano sinistra.

Ricerche sussidiarie. — Esame urine: nulla di notevole all'infuori dei segni di modesta cistite.

Peso corporeo kg. 42,600.

Pressione arteriosa (al Riva Rocci) 120/75.

R. W. negativa; Citochol negativa.

Azotemia gr. 0,25 ‰.

Glicemia gr. 0,95 ‰.

Indice refrattometrico 1,35-132; Proteinemia gr. 8,92 %.

Potassiemia (metodo Kramer) mgr. 244 ‰.

Calcemia 140 mgr. ‰. I valori della calcemia, ricercati quasi giornalmente, hanno dato oscillazioni in senso sempre ipercalcemico da 115 a 142 mgr. ‰.

Fosfatemia mgr. 52 ‰. Le oscillazioni nei successivi controlli sono state scarse.

pH nel siero di sangue 7,5.

Elettrocardiogramma: normale.

Metabolismo basale (determinato con apparecchio Benedikt modificato da Castagna) + 25.

Prove farmacodinamiche (pilocarpina, adrenalina, atropina): anfotonia con note evidenti di simpatico-estesia.

Esame radiologico del cranio negativo.

Esame radiologico delle mani: mostra parziale distruzione delle ultime falangi bilateralmente.

La p. viene trasferita in Reparto Chirurgico (prof. Puccinelli) ove si pratica intervento operativo sulle paratiroidi il giorno 20 ottobre 1938.

Anestesia locale. Si isolano i due lobi tiroidei inferiori, in corrispondenza dei loro margini posteriori si mettono in evidenza due corpiccioli del volume di un grosso chicco di grano che contraggono rapporti con le ramificazioni dell'arteria tiroidea inferiore; si asportano; si reseca un tratto della tiroidea inferiore (paratiroidectomia inferiore bilaterale).

FIG. 3. — (Caso I). Radiogramma mano destra.

Esame istologico del frammento asportato: paratiroidi normali.

Tolti i punti il 23 ottobre 1938.

Già dopo pochi giorni dall'intervento chirurgico, perfettamente tollerato, la p. comincia ad accusare un miglioramento sensibile per quel che si riferisce allo stato della cute del volto e delle mani. Si sente più libera nei movimenti corrispondenti alle sedi di più evidente alterazione. La cute delle mani viene avvertita meno tesa, più morbida, un po' più calda. Obiettivamente si conferma il ripristino di un certo grado di elasticità della cute delle mani, che si lascia sollevare, sia pure stentatamente, in pliche; naturalmente nessuna modificazione della parte scheletrica delle mani. I lineamenti del viso sono realmente un po' meno rigidi.

Le condizioni generali di nutrizione e di sanguificazione sono discretamente migliorate.

Le ricerche eseguite dopo l'operazione furono le seguenti:

Esame delle urine negativo.

Glicemia gr. 0,90 ‰.

Pressione arteriosa (R. R.) 125/90.

Peso corporeo kg. 48,400.

Elettrocardiogramma: nessuna modificazione del tracciato ecgrafico.

Prove farmacodinamiche (adrenalina, pilocarpina, atropina) immutata rimane la simpaticoestesia.

FIG. 4. — (Caso I). Fotografia dopo l'operazione.

Calcemia (ripetuta più volte): valori lievemente oscillanti attorno a mgr. 145 ‰.

Fosfatemia mgr. 43,4 ‰.

La p. viene dimessa il 10 dicembre in condizioni di miglioramento oggettivo e specialmente soggettivo del suo stato generale e locale.

Nel mese di marzo u. s. la p. si ripresenta al nostro esame per deporre che il suo stato è nuovamente peggiorato; è ricomparsa la antica sintomatologia a carico delle mani, le cui dita sono andate nuovamente incontro a piccole formazioni ascessuali.

CASO II. — M. R., anni 29, da Gioioso Marina (Calabria), casalinga.

Anamnesi. — Padre morto a 57 anni per ulcera duodenale. Madre vivente; ebbe 9 gravidanze a termine, sette figli viventi, due morti in tenera età per malattie imprecisate.

La p. ebbe normali i primi atti fisiologici della dentizione e della deambulazione. Mestruazioni a 16 anni, sempre regolari per tutti i caratteri. A 24 anni sposò uomo apparentemente sano. Non ha mai sofferto alcuna malattia degna di nota all'infuori di un episodio morboso influenzale di breve durata contratto durante la pandemia del 1918, che non ebbe particolari conseguenze.

La malattia attuale si sarebbe iniziata subdolamente circa due anni e mezzo fa, quando la p. cominciò ad accusare disturbi alle mani consistenti in una sensazione di gelo intenso specialmente alle dita le quali assumevano colorazione violacea; si accompagnava iperidrosi, formicolio e intorpidimento della parte, con lieve impaccio dei movimenti, senza dolore alcuno. Detti disturbi, che insorgevano preferibilmente in seguito a raffredamenti, cedevano del tutto in pochi minuti avvicinando le mani al fuoco o immergendole in acqua calda; dapprima ebbero carattere accessionale, di poi si fecero più persistenti, per quanto il caldo riuscisse sempre a migliorarli. Dopo qualche tempo le dita mostrarono facile

FIG. 5. — (Caso II). Fotografia prima dell'operazione.

tendenza a piccoli processi suppurativi circoscritti, specie in prossimità dell'unghia, che guarivano dopo apertura o riassorbimento spontanei senza speciali postumi apprezzabili. Le cure praticate, consigliate da un neurologo, furono a dire della p. efficaci nel senso che la suppurazione delle dita non ebbe più a ripresentarsi; perdurò invece il senso molesto di freddo e di formicolio alle dita. La cute delle mani andava intanto progressivamente assumendo un aspetto lucido, si faceva tumida, ispessita, tesa. Da circa un anno i famigliari si sono accorti che i lineamenti del viso si erano alterati, erano divenuti più duri, rigidi; i movimenti del capo si facevano più stentati. La p. non ha notato mai elevazioni termiche. Qualche mese fa comparve transitoria tumefazione bimalleolare, più accentuata a destra, che causava lieve dolore alla pressione e coi movimenti. L'appetito è scarso. La forza muscolare è sensibilmente diminuita. Alvo e minzione regolari.

Entra in Reparto il 27 luglio 1938.

Esame obiettivo. — Condizioni di nutrizione e sanguificazione mediocri. Costituzione scheletrica regolare. Psiche integra. Decubito indifferente. La cute è diffusamente alterata nel trofismo, con assottigliamento in alcuni tratti, ispessimento in altri, anelasticità. Sopratutto in corrispondenza del viso e delle mani si rilevano

le maggiori alterazioni. La facies è inespressiva per marcata riduzione dei solchi naso-labiali e scomparsa delle rughe naturali; movimenti mimici ridottissimi. Capelli folti aridi, sopracciglia nere folte. Rima palpebrale di sinistra meno ampia della destra. Cute nasale alla radice del naso ispessita dura, non sollevabile in pliche. Le labbra sono sottili taglienti pallide; appena accennato il movimento della suzione. Cute del collo brunastra sulla faccia anteriore. Le mani, normali dal punto di vista scheletrico, presentano cute ispessita dura, succulenta al dorso (il dito non lascia impronta), anelastica, non sollevabile in pliche; in corrispondenza delle dita la cute è aderente ai piani sottostanti. La motilità a carico delle dita è possibile ma discretamente inceppata. A livello del collo del piede, specialmente a destra, si osserva edema duro che non lascia impronta. Ipotonia e ipotrofia muscolare diffuse. Il pannicolo adiposo è scarso.

Pupille uguali, di media ampiezza, a contorno regolare, bene reagenti alla luce e all'accomodazione. Lingua umida detersa; faringe normale.

L'apparato respiratorio non presenta speciali alterazioni. A carico dell'apparato cardiovascolare nulla di importante ove si eccettui una evidente ipotensione arteriosa (100/70).

Addome non meteorico, trattabile, indolente. Fegato: in alto al V spazio sulla emiclaveare, in basso si palpa appena all'arco. Milza: in alto all'VIII spazio sull'ascellare media, in basso si palpa un dito dall'arco di consistenza piuttosto molle.

Sistema nervoso. Intelligenza discreta. Psiche normale.

Pupille v. sopra. Riflessi tendinei e osteoperiostei presenti normocinetici bilateralmente, ad eccezione dei riflessi rotulei che non si riescono a provocare con le varie manovre.

La sensibilità superficiale è normale, tranne che sulle dita ove la percezione del caldo e del freddo è alquanto ritardata. Sensibilità profonda normale.

Ricerche sussidiarie. — Esame urine negativo.

Pressione arteriosa (al Riva Rocci) 100/70.

R. W. negativa con ritardo della emolisi; citochol negativa.

Azotemia gr. 0,40‰.

Glicemia gr. 1 ‰.

Calcemia mgr. 130 ‰. La calcemia, eseguita quasi giornalmente presentò oscillazioni sempre al disopra dei valori normali da 115 a 146 mgr. ‰.

Fosfatemia mgr. 100 ‰. La fosfatemia eseguita insieme con la calcemia, dette valori assai oscillanti da 50 a 100 mgr. ‰.

Potassiemia 175 mgr. ‰.

Peso corporeo kg. 51.

Metabolismo basale (determinato con apparecchio di Benedikt, modificato da Castagna) 5 %.

Elettrocardiogramma normale.

Esame radiologico del cranio: nulla di notevole.

Prove farmacodinamiche (adrenalina, pilocarpina, atropina): anfotonia con spiccate note di vagoestesia.

Dopo 18 giorni di degenza la p. viene trasferita in Reparto chirurgico (prof. Urbani) ove si pratica, sotto anestesia locale, intervento chirurgico (giorno 19 agosto 1938) con taglio a collare di Koker, consistente in lobectomia destra in modo da comprendere le paratiroidi indovate. Nulla di abnorme si riscontra a carico delle paratiroidi estirpate. L'operazione viene ben tollerata.

Ad una settimana di distanza la p. comincia già ad accusare un miglioramento subiettivo delle condizioni locali: la cute che ricopre le mani viene avvertita più calda e più elastica, mentre i movimenti di prensione della mano e delle dita si fanno più sciolti. Il miglioramento è avvertito più nettamente a sinistra; a destra invece è piuttosto scarso ma sinceramente dichiarato.

Obiettivamente la cute del dorso della mano sinistra è più molle e si può sollevare in pliche;

FIG. 6. — (Caso II). Fotografia dopo l'operazione.

però le porzioni distali delle dita sono fredde, cianotiche. Alla mano destra si riesce con difficoltà a sollevare la cute in pliche; mentre le dita sono ancora più fredde e cianotiche che a sinistra.

La p. afferma pure di riuscire a muovere più agevolmente il capo e le labbra. Sensibilità termica immutata.

Tale obiettività rimane ancora invariata negli esami successivi.

Nell'epoca in cui viene dimessa, la p. accusa dolori diffusi agli arti inferiori, particolarmente alle ginocchia. Si nota inoltre la presenza di piccoli ascessi ad un dito della mano e del piede.

Le ricerche eseguite dopo l'operazione hanno dato i seguenti risultati:

Calcemia (più volte eseguita) da 118 a 120 mgr. ‰;

Fosfatemia (più volte eseguita) da 4,16 a 5,55 mgr. %;

Elettrocardiogramma, nessuna modificazione;

Pressione arteriosa (al Riva Rocci) 120/60;

Peso corporeo, Kgr. 52,600;

Metabolismo basale — 17;

Prove farmaco-dinamiche (adrenalina, pilocarpina, atropina): persiste netta vago-estesia.

Recentemente la p. ci ha comunicato dal paese di residenza che le sue condizioni generali sono migliorate, che la cute è sempre avvertita più morbida e più elastica, e i movimenti a carico del capo e delle mani sono più agevoli di quanto non fossero prima dell'intervento chirurgico.

CONSIDERAZIONI.

Non mi attarderò ad illustrare dal punto di vista clinico le particolarità offerte dai due casi di sclerodermia, intendendo soprattutto riferire qualche considerazione circa le conseguenze della paratiroidectomia sul processo sclerodermico.

Ricorderò soltanto, per quel che concerne il primo dei due casi, che la malattia presenta la tipica, e non infrequente, associazione della sclerodermia con il morbo di Raynaud (varietà sclero-atrofica). L'alterazione della cute del viso ebbe a manifestarsi in un secondo tempo, quando già, nel corso di lunghi anni, le dita erano andate incontro a gravi alterazioni della cute e delle unghie, con mutilazione delle ultime falangi. Abbiamo visto come i valori della calcemia, nei numerosi prelievi, hanno oscillato entro limiti ampi, ma sempre al di sopra del livello considerato fisiologico. Lo studio del sistema nervoso vegetativo ha rilevato un aumento discreto dell'eccitabilità simpatica.

Anche nel secondo caso la calcemia presentò oscillazioni ampie, sempre in senso ipercalcemico; il S.N.V. invece era eccitabile particolarmente nella sezione parasimpatica.

L'ablazione delle paratiroidi trovava nei nostri due casi almeno una giustificazione biochimica, ed era sorretta dalla speranza di riuscire a provocare possibilmente un miglioramento generale e locale, soprattutto basandoci sulla constatazione che la distrofia tegumentaria per quanto tipica non aveva raggiunto ancora uno stadio evolutivo molto inoltrato, e perciò verosimilmente irreversibile. Considerazione, quest'ultima, che è stata portata a sostegno della opportunità di precoci interventi sulle paratiroidi anche nel campo delle artropatie croniche primarie.

Fu praticata paratiroidectomia bilaterale nel primo caso, unilaterale nel secondo; le paratiroidi si dimostrarono perfettamente normali all'esame istologico.

Conseguenza quasi immediata dell'intervento fu un miglioramento, più subiettivo che obiettivo, sullo stato delle alterazioni cutanee: sensazione di maggiore elasticità e morbidezza della pelle, movimenti più sciolti. Modificazioni sul livello calcemico mancarono nel primo caso; invece nel secondo si rilevò un abbassamento della calcemia di circa 20 mgr ‰ senza tuttavia raggiungere il limite fisiologico.

Purtroppo, il miglioramento si dimostrò assolutamente transitorio nel primo caso (paratiroidectomia bilaterale), mentre nel secondo persiste a distanza di 5 mesi. Per quest'ultimo bisogna però notare che durante il periodo di osservazione ospedaliera l'asserito miglioramento non trovava piena conferma nell'esame obiettivo; in ogni modo, solo l'osservazione ulteriore del caso può valere per escludere transitori casuali intervalli di relativo benessere.

Dobbiamo riconoscere che l'argomento dei rapporti fra paratiroidi e sclerodermia è tuttora notevolmente irto di difficoltà e incertezze.

Arduo è anzitutto trovare una spiegazione sodisfacente del meccanismo con cui si stabilisce a breve distanza dall'intervento una netta sensazione di miglioramento dello stato tegumentario, che nonostante offra scarso e non proporzionale riscontro nella valutazione obiettiva, non può tuttavia essere trascurato. Non minore stupore desta — ci sia concesso il riferimento analogico — l'effetto benefico quasi immediato e più o meno duraturo (come abbiamo avuto occasione di constatare in due casi nel Padiglione del prof. Lucherini) delle articolazioni in casi di poliartrite cronica primaria anchilosante con ipercalcemia. Ed è curioso il fatto, già da molti AA. rilevato, che talvolta un intervento sulla regione delle paratiroidi, senza asportazione di esse, sia coronato da successo.

È questo un campo oscuro, quanto suggestivo, di indagini nel quale, per il momento, non possiamo fare altro che elencare e vagliare contributi casistici.

È stata avanzata l'ipotesi che il miglioramento consecutivo a paratiroidectomia sia in rapporto causale con modificazioni del metabolismo calcico. Sotto questo aspetto le nostre ricerche depongono in senso negativo; non furono infatti osservate modificazioni apprezzabili della calcemia a seguito dell'operazione nel primo dei nostri due casi, mentre nel secondo furono di grado modesto.

***

Gli interventi chirurgici diretti alla soppressione funzionale o alla asportazione di una o più paratiroidi in soggetti sclerodermici, dopo i primi tentativi proposti e attuati da Lériche, si sono ormai susseguiti in numero, se pur non rilevante, certamente tale da permetterci di trarre qualche deduzione di indole dottrinaria e pratica. Sono stati trattati chirurgicamente casi di sclerodermia progressiva pura o associata a disturbi vascolari, a calcificazioni reperibili nelle più varie sedi e di varia entità, ad artriti croniche anchilosanti, a leucemia (caso

di Kusunoki e Kuwabara). I risultati ottenuti sono assai discordi: ma per lo più l'osservazione prolungata dei malati ha dimostrato trattarsi di miglioramenti transitori, i quali per altro, oscuri nella loro genesi, non sembrano legati a particolari quadri clinico-biochimici della malattia. La sindrome di Thibierge-Weissenbach si è dimostrata ribelle alla paratiroidectomia unilaterale (Puddu) e bilaterale (Mathieu, Pinard e Fiehrer).

Le paratiroidi asportate furono trovate istologicamente normali, salvo che nel caso di Moulonguet, in cui esisteva adenoma paratiroideo; e proprio in questo caso l'effetto fu nullo.

Scorrendo la letteratura si ha modo di constatare l'affievolirsi degli entusiasmi che accompagnarono i primi interventi chirurgici sulle paratiroidi. La paratiroidectomia non ha corrisposto alle speranze fondate su premesse sperimentali e biochimiche, le quali forse meritano di essere sottoposte a nuovo vaglio e controllo.

Va rilevato anzitutto che l'aumento del tasso calcemico, che indusse i primi ricercatori a sospettare rapporti genetici fra alterata funzione delle paratiroidi e sclerodermia, non rappresenta la regola.

Lo stesso Leriche ammette che solo in 7 casi su 10 si riscontra ipercalcemia; e si osservano casi con calcemia normale, o anche abbassata. La sindrome di Thibierge-Weissenbach, il cui quadro morboso è dominato da calcificazioni nei più svariati organi e sistemi, non comporta valori calcemici superiori alla norma.

E si possono anche avanzare riserve (come fa Paggi) sull'esattezza dei limiti riconosciuti fisiologici. Questo A. avendo trovato in soggetti normali valori calcemici oscillanti da g. 0,105 a g. 0,120 ‰, ritiene che quasi tutte le cifre rilevate da Pautrier e Chinassi-Hakki negli ammalati di sclerodermia rientrano nei limiti fisiologici.

D'altra parte l'esaltata funzione delle paratiroidi, non si manifesta soltanto attraverso il dato ematochimico della calcemia.

Secondo le ricerche di Leriche il contenuto di calcio nel tessuto sclerodermico sarebbe superiore del 20-30 % a quello delle zone indenni. Il che potrebbe suggerire il sospetto che l'assenza di alterazioni del tasso ematico del calcio non è sufficiente ad escludere modificazioni del metabolismo calcico, le quali sarebbero denunziate da alterazioni tissulari. Ma, ammesso che l'alterata increzione paratiroidea agisca in determinati casi perturbando il metabolismo del calcio a livello di singole zone cutanee senza la corrispondente espressione ematochimica, non si giunge tuttavia alla prova irrefutabile che la paratiroide sia responsabile dell'alterazione sclerodermica, o, in altri termini, che l'essenza intima del processo sclerodermico riconosca come primo movente patogenetico un disormonismo paratiroideo. È da prendere, per contro, in considerazione l'ipotesi che l'intervento delle paratiroidi, attraverso l'errore metabolico, sia successivo e non primitivo, nel senso che la precipitazione dei sali di calcio sia « richiamata » da preventive lesioni locali tissulari, di cui tuttora ci sfugge il meccanismo di produzione, e che sono alla base del processo sclerodermico.

In tal senso, l'ablazione delle paratiroidi, se pur capace di mobilitare l'abnorme contenuto calcico della cute sclerodermica (al che manca una sicura pacifica dimostrazione), appare dubbio che possa influenzare marcatamente e durevolmente l'evoluzione di un processo legato probabilmente a numerosi e più immediati fattori etiopatogenetici.

Non è inutile ricordare che tentativi di cura del tutto opposti sono stati eseguiti partendo dal presupposto che le paratiroidi intervenissero nella patogenesi della sclerodermia con una deficiente produzione ormonica. Mathieu, Pinard e Fiehrer trattarono efficacemente con ormone paratiroideo una sindrome di Rothmund.

Hummel ha riferito recentemente di aver trattato 2 casi refrattari di sclerodermia, in un adulto e in un lattante, con somministrazione perorale di AT 10, preparato del quale è nota l'influenza sul metabolismo del calcio per l'aumento del tasso ematico del calcio che esso provoca; i risultati sodisfacenti così ottenuti dall'A. lo fanno aderire al concetto sostenuto già da Hoffmann secondo il quale all'accumulo di calcio nella cute sclerodermica si opporrebbe efficacemente l'azione decalcinante di AT 10.

Per quanto concerne il dato sperimentale (fornito dalle ricerche di Sele, Shelling, Asther, Jackson) della provocazione nei suini e nei ratti di uno stato sclerodermico mediante iniezioni di ormone paratiroideo, l'accordo è ben lungi dall'essere raggiunto.

Le alterazioni di tipo degenerativo-fibroso, con tal mezzo provocate, difficilmente possono essere del tutto assimilate col processo sclerodermico umano (Comel).

Sulla scorta delle considerazioni fin qui esposte non ci sembra pertanto chiaramente giustificato il tentativo di considerare la sclerodermia umana quale forma di iperparatiroidismo cronico a determinazione cutanea. I

motivi di ordine anatomo-istologico, biochimico e sperimentale, in base ai quali le paratiroidi vennero indicate come responsabili, attraverso meccanismi più o meno chiari, del quadro sclerodermico, prestano il fianco a critiche e riserve non trascurabili.

I risultati della paratiroidectomia contrastano notevolmente con gli asseriti rapporti di interdipendenza fra disfunzione paratiroidea e sclerodermia. Il comportamento della calcemia in rapporto con l'intervento chirurgico sulle paratiroidi è del tutto variabile per consentirci deduzioni favorevoli a tale concetto. Abbiamo visto altresì che nè il tasso calcemico nè le caratteristiche cliniche del caso rappresentano dati sufficienti per suggerirci l'indicazione chirurgica o meno.

Se, quale effetto immediato della paratiroidectomia, è di comune costante osservazione un grado più o meno evidente di miglioramento delle condizioni cutanee locali (senso di calore, maggiore scioltezza nei movimenti ecc.), tale fatto è da mettersi probabilmente in conto di modificazioni del regime circolatorio periferico determinantisi per il tramite del sistema nervoso vegetativo. (A tal proposito è da ricordare che il trattamento con ormone paratiroideo, secondo le esperienze di Leriche, provocherebbe turbe vasomotrici periferiche a tipo ipertonico). Ma l'effetto benefico è assolutamente transitorio, rimanendo inalterata la evoluzione anatomo-clinica del male.

Allo stato attuale il problema dei rapporti fra paratiroidi e sclerodermia appare ancora complesso e oscuro. Pur non escludendo che il disormonismo paratiroideo possa in certo senso ingranare nella patogenesi della sclerodermia nelle sue varie manifestazioni e complicazioni, sarebbe irrazionale sopravalutarne il ruolo con orientamenti terapeutici cruenti di dubbia efficacia.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce la storia clinica di due casi di sclerodermia progressiva nei quali venne praticata la paratiroidectomia, rispettivamente uni e bilaterale, con risultati immediati buoni ma assolutamente transitori. Dopo avere illustrato le premesse che hanno condotto i vari ricercatori all'intervento chirurgico sulle paratiroidi, l'A. conclude sostenendo che il ruolo sostenuto dal disormonismo paratiroideo nella patogenesi della sclerodermia non è nè l'unico nè il preminente, ecomunque non è tale da giustificare nei riflessi pratici l'ablazione delle paratiroidi.

BIBLIOGRAFIA.

BASTAI e DOGLIOTTI. Presse Médic., pag. 1766, 1934.
COMEL. Giorn. ital. di dermat. e sifil., 2, 1934; e 1, 5, 1936.
DONAT.. Relaz. X Congr. Soc. Int. Chir., 1935-36.
HAMMERSCHLAG. Wien. Klin. Woch., XLVII, n. 49, p. 1500, 1934.
JACCHIA. Policlinico, Sez. Med., p. 325, 1938.
JUNG e CHINASSI HAKKI. Rev. Chir., 537, 1937.
KUSUNOKI e KUWABARA. Arch. f. Derm. u. Syph., CLXXVI, 256, 1938.
LERICHE. Presse Médic., 169, 1935.
ID. Gaz. des Hôp., II, 1935.
LERICHE et JUNG. Presse Médic., 39, 777, 1935.
MATHIEU, PINARD e FIEHRER. Bull. et M. Soc. Méd. Hôp., 1644, 1932.
MOULONGUET. Bull. et M. Soc. Nat. Chir., 57, 1529, 1931.
PAGGI. Policlinico, Sez. Chir., 41, 371, 1934.
PACHMAN. Amer. J. of Dis. Children, LV, 1, 135, 1938.
PASINI. Giorn. It. di Derm. e Sif., 1, 1938.
PAUTRIER e ZORN. Bull. Soc. Franç. Dermat., 953, 1931.
PUDDU. Policlinico, Sez. Prat, 1801, 1934.
ROGER, PAILLAS et BOUDURESQUES. Mars. - Médical, 16, 1937.
SEYLE H.J.M.A., 99, 108, 1932.
THIBIERGE e WEISSENBACH. Ann. de Derm. et de Syph., 11, 129, 1911.
WEISSENBACH, LEVY-FRANCKEL e MARTINEAU. Bull. Soc. franç. Derm. et Syph., 1839, 1937.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE SANT'AMBROGIO DI MORTARA
Chirurgo Direttore Prof. Dott. FAUSTO LEINATI.

Osteite corticale circoscritta subacuta.

Dott. G. B. PIANA, assistente.

Al XLV Congresso (ottobre 1938) della Società Italiana di Chirurgia è stata fatta un'interessante comunicazione da Paltrinieri sulle « osteiti corticali circoscritte ». In essa vengono descritti dei casi di osteite diafisaria a decorso cronico, affezioni poco note ed a scarsa letteratura. Hanno, secondo l'A. inizio subdolo con decorrenza apiretica; per lo più insorgono dopo altre affezioni microbiche (foruncolo, patereccio, angina, ecc.) e, generalmente, sono dovute a stafilococco.

Compaiono nella fanciullezza o adolescenza ed hanno come sintomo costante il dolore profondo, gravativo. In genere colpiscono le ossa lunghe ove si rende manifesta una tumefazione più o meno circoscritta a forma di fuso ovoidale o di focaccia con scarso o nullo risentimento generale. Il reperto radiologico è caratterizzato da una piccola escavazione nella corticale, circoscritta da reazione periostale.

La scarsa conoscenza di tale forma morbosa mi induce ad illustrare brevemente un caso che ho potuto seguire recentemente.

A. R. Il padre ha 48 anni e non sofferse mai di alcuna malattia fino al giugno dello scorso 1938 allorchè venne colpito da emiparesi guarita in breve tempo. La madre è vivente e sana. Ha un fratello di 8 anni pure vivente e sano. Nata a termine da parto eutocico ebbe allattamento misto e normali la dentizione ed i primi atti fisiologici. Mestruò a 14 anni e le mestruazioni furono regolari. Nessuna malattia degna di nota fino al febbraio del corrente anno. Ai primi del detto mese, infatti, sofferse di geloni agli arti inferiori, più spiccatamente al piede destro dove si produsse, nel calcagno, un focolaio suppurativo. Guarì nello spazio di qualche settimana, ma, nel frattempo, cominciò ad avvertire senso di stiramento e di tensione alla regione anteriore della coscia sinistra che, durante il lavoro, urtava contro il tavolo; ivi comparve anche una tumefazione che però, col riposo a letto e degli impacchi, diminuì fino a quasi scomparire insieme agli altri disturbi, per riprendere più forte e sotto forma di dolore profondo, sordo, gravativo, ai primi dello scorso maggio. Specialmente penosi riuscivano alla paziente il cammino e la stazione eretta. Afferma di non avere mai avuto febbre. Si decise allora a consultare un sanitario che, dopo un periodo di comuni cure locali senza risultato, la inviò in Ospedale.

E. O. G. Di alta statura e conformazione scheletrica regolare con muscolatura e pannicolo adiposo normalmente sviluppati. Cute e mucose di colorito pure normali. Nulla a carico del capo, collo, torace, addome. All'ingresso presenta: temperatura 37°,2 polso e respiro normali, alvo regolare. Esame delle urine, cutireazione e Wassermann: negative.

E. O. L. All'unione dei due terzi inferiori col terzo superiore della coscia sinistra, e sulla sua faccia anteriore, si nota, già alla ispezione una modica tumefazione ricoperta da cute normale. Alla palpazione la tumefazione si presenta di forma emisferica, del volume di una mezza arancia, di consistenza piuttosto dura, lievemente dolente alla pressione e aderente al piano osseo sottostante, a limiti netti ed a superficie irregolarmente globosa.

Esame radiologico il 25 maggio 1939. In proiezione latero laterale (fig. 1) si nota, sulla faccia anteriore del femore fra il terzo superiore ed il terzo medio una produzione periostale e gettate ossee non uniformi con al centro della parte di corticale corrispondente una escavazione che interessa di circa la metà la corticale stessa per la lunghezza di poco più di un cm.

Riposo a letto, applicazioni calde locali, cure vacciniche (antipiogeno misto) ed in pochi giorni di degenza la tumefazione si è notevolmente ridotta di volume.

Con diagnosi di osteite corticale circoscritta dal femore s. con sequestro, il 17 giugno 1939 viene operata (prof. Leinati).

In anestesia locale novocainica, parallelamente al grande asse della tumefazione ed a quello longitudinale della coscia si incide la cute, la fascia e lo strato muscolare e si arriva direttamente sul focolaio periostale da cui viene subito asportato un sequestrino osseo. Raschiamento del focolaio osteitico e chiusura a strati lasciando un piccolo drenaggio. Modica infezione di ferita con guarigione rapida e completa. L'11 luglio 1939 venne fatto un controllo radiografico che dimostrò una riduzione della produzione periostale che si presenta anche più uniforme e la quasi scomparsa della escavazione corticale (figura 2).

FIG. 1.

FIG. 2.

Già descritte da Leriche e Bauer le osteiti corticali sono da distinguere oltrechè dalle osteomieliti a lungo decorso e dagli ascessi di Brodie, anche dalle osteiti diafisarie acute aventi carattere e decorso tutt'affatto diversi. Esse danno forma, come giustamente afferma Tosonotti, ad una entità clinica e radiologica particolare. Brancati, nella sua relazione al Congresso della Soc. It. di Chirurgia (ottobre 1938) sul trattamento delle osteomieliti, le distingue nettamente dal lato anatomopatologico: a localizzazione corticale, senza interessamento del midollo e causate da germe piogeno di scarsa virulenza (in genere stafilococco) sono dovute ad embolia batterica di un ramo perife-

rico dell'arteria nutritizia. La lesione ossea tipica consiste in una piccola escavazione della corticale contenente scarsa quantità di pus, a volte un piccolo sequestro (come nel nostro caso) e granulazioni. Naturalmente il quadro si presenta vario secondo la intensità della reazione periostale e la fase della malattia. Si può quindi avere tutta una gamma di lesioni diverse tra cui è da ricordare la classica escavazione della corticale, definita, per la sua forma a « colpo d'unghia ».

Per quanto riguarda la diagnosi, difficoltà potranno sorgere particolarmente nei confronti dell'osteite tubercolare, luetica, tifica e dei sarcomi, specialmente quello di Ewing; e potranno essere di non lieve entità se si pensa che la osteite corticale circoscritta ha una sintomatologia assai scarsa; l'inizio è subdolo con pochi sintomi generali e reazione termica nulla o quasi. Solo coll'evolversi della malattia si rende manifesta la tumefazione più o meno dolente alla pressione. Occorre quindi un'esame accurato rilevando anche i minimi particolari ed eseguire esami radiologici colla massima accuratezza.

Lo stato generale, l'eventuale esistenza di altre lesioni manifeste o latenti nell'organismo, il risultato della cutireazione, la predilezione per l'osso spugnoso, la tendenza ad espandersi verso le epifisi dell'osteite tubercolare potranno evitare errori nei riguardi di questa che, inoltre, inizia per lo più dal midollo, ha scarsa reazione periostale e determina decalcificazione locale e regionale.

Per l'osteite gommosa oltre alle ricerche sierologiche potrà essere utile l'esame radiologico dal quale sarà facile constatare l'esistenza di una zona di addensamento osseo (eburneizzazione) tendente a limitare la parte gommosa. Più difficile potrà essere la differenziazione col sarcoma di Ewing per la scarsa sintomatologia e la lentezza della evoluzione nelle due forme: anche la radiografia non sarà sempre sufficiente; un dato importante è la presenza di una escavazione nella corticale dell'osso che rappresenta la cavità ascessuale.

Una volta stabilita la diagnosi di osteite corticale circoscritta, l'intervento diretto con apertura del focolaio, asportazione del contenuto e raschiamento della cavità residua porterà a rapida guarigione.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di osteite corticale circoscritta subacuta con alcune considerazioni sulla diagnosi e sulla cura.

BIBLIOGRAFIA.

BRANCATI R. *Osteomieliti acute e croniche aspecifiche* (trattamento). Relaz. al XLV Congresso della Soc. Ital. di Chirurgia. Roma ottobre 1938.

PALTRINIERI M. *Osteiti corticali circoscritte.* Atti del XLV Congresso della Soc. Ital. di Chirurgia. Roma, ottobre 1938.

TOSONOTTI T. *Osteiti diafisarie corticali subacute da stafilococco nell'adulto.* La chirurgia degli organi del movimento. Volume XXII, ottobre 1936.

LERICHE e BAUER. *Le osteiti corticali diafisarie subacute da stafilococco dell'adulto.* Revue de Orthopedie 1929.

MOIROUD. *La forma diafisaria primitiva dell'osteomieliie da stafilococco nell'adulto.* Presse médicale 1937, n. 104.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

L'aspirazione endocavitaria nella cura delle caverne polmonari tubercolari.

La chirurgia si è vigorosamente affermata efficace nel trattamento della tubercolosi polmonare ed è giunta ora ad ardimenti che si sarebbero ritenuti impossibili un tempo. Si è pensato anche ad aggredire direttamente le caverne a cielo aperto applicando un drenaggio e sono riportati casi riusciti. Ma evidentemente tale intervento è ammissibile soltanto in rare condizioni favorevoli. Un metodo, che è di ben più facile applicazione, proposto da qualche anno, consiste nell'aspirazione del contenuto della caverna stessa, per cui si avrebbe una eccitazione del potere ritraente delle pareti cavitarie. L'aspirazione si pratica per varie ore al giorno e continua per mesi.

Sull'argomento, F. Bocchetti (*Lotta contro la tubercolosi*, settembre 1939) ha esposto alcuni commenti ai lavori di V. Monaldi, il quale del metodo si è fatto sostenitore e che ha pubblicato recentemente i presupposti teorici su cui questo si basa ed i risultati ottenuti in 100 casi.

Le considerazioni teoriche di Monaldi — dice l'A. — a base di trazioni, controestensioni, forze endogene, centrifughe e centripete, avranno forse una base sicura nelle teorie della meccanica polmonare, ma di fronte ad esse c'è da rimanere perplessi. Del resto, anche l'eliminazione della caverna, *sic et simpliciter*, oltre a non significare di per sè la guarigione del processo, potrebbe avere dei pericoli.

Già subito nei primi giorni di applicazione del metodo, si rileva una riduzione di volume, dovuta all'occlusione del bronco di drenaggio; ma questo fatto, se costituisce un bene quando la caverna è guarita, può essere assai dannoso quando essa è ancora in fase di

attività, per molte ragioni, fra cui non ultima quella dell'inquinamento da germi secondari.

Del resto, l'esempio di tre degenti nel Sanatorio diretto dal Bocchetti e nei quali il metodo è stato applicato dagli assistenti del Monaldi, è tutt'altro che confortante; dalle storie che l'A. riporta, risulta fra l'altro che, in uno di essi, gli strisci del materiale cavitario dimostrarono la presenza di abbondanti cocchi gram-positivi.

L'A. ritiene che il metodo dell'aspirazione delle caverne possa dare dei risultati, quando sia integrato da altri procedimenti; il drenaggio non tensivo, continuo, è utile per detergere la caverna, ma deve essere seguito od accompagnato dalla stimolazione *in loco* del sistema neurovegetativo, mediante sostanze da scegliere con grande prudenza (balsamo del tolù, nitrato d'argento, unguento sterile indifferente, ecc.). L'arte del guarire, egli aggiunge, consiste nel dosare ed alternare una terapia attivante ed una sedativa, a seconda dei casi, e questo specialmente nella tubercolosi, di cui il decorso è vario, mutevole, ineguale. Siamo ancora nella fase sperimentale del metodo e soltanto il tempo potrà farci diradare i dubbi. A. FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

Sindrome dispeptico-enterocolitica specificamente curabile con l'acido nicotinico.

(L. CONDORELLI. *La Riforma Medica*, 21 ottobre 1939).

L'A. rileva che molto spesso alcune turbe enterocolitiche croniche vengono diagnosticate come coliti parassitarie (e particolarmente amebiche) e come tali curate con notevole peggioramento o almeno senza alcun miglioramento delle sindromi stesse. Invece una buona indagine funzionale mette in evidenza in tali casi qualche turba peptica che con una adeguata alimentazione e con una adatta cura funzionale rapidamente dilegua, all'opposto di quanto avviene allorquando si istituiscono le terapie specifiche antiprotozoarie.

Alcune di tali forme enterocolitiche sono imponenti e tenaci: esse passano attraverso tre periodi. In un *primo periodo* si hanno manifestazioni dispeptiche varie spesso di lieve entità e quindi trascurate dai pazienti: senso di peso dopo i pasti, eruttazioni molte ore dopo i pasti, flatulenza, stipsi, scariche poltacee di feci fermentate. In un *secondo periodo* insorgono, da prima in modo episodico e poi più insistentemente, manifestazioni diarroiche, all'inizio con feci poltacee e putride, poi con feci liquide.

L' alimentazione leggera, « in bianco », spesso peggiora lo stato generale e le scariche diarroiche diventano più frequenti e si accompagnano a doloretti colici, poi anche a tenesmo e in esse appare muco e sangue: frequentissimo il bisogno urgente di evacuare subito dopo l'ingestione dei pasti.

Nel *terzo periodo* la malattia si cronicizza con crisi di riacutizzazioni e di lievi remissioni, lo stato generale deperisce, si manifesta lo stato anemico, talora insorgono edemi discrasici. Ai danni delle turbe enterocolitiche si aggiungono spesso i danni di una incongrua alimentazione e quelli di eventuali cure emetiniche o stovarsoliche.

Dal punto di vista funzionale i dati più salienti sono: una costante ipocloridria con frequente anacloridria, una forte diminuzione del potere peptico, una diminuzione frequentissima del potere triptico, lipasico o amilasico del succo pancreatico.

In numerosi casi in cui si era presentata la sintomatologia suddescritta ed in cui era stata già praticata, con effetti disastrosi, una cura emetinico-stovarsolica, l'A. ha istituito una terapia con orientamento funzionale. Prescrisse piccoli pasti frazionati a base di succo di carne, pastine, succo di pomodoro fresco, succo di frutta; subito dopo i pasti pepsina in limonea cloridrica, due ore dopo i pasti pancreatina con un po' di alcalini; infine una cura di estratti epatici per via parenterale. In tutti i casi osservò un rapido rifiorire delle condizioni generali e una regolarizzazione dell'alvo. Analogo successo ebbe l'A. in un caso in cui furono riscontrate forme vegetative e cistiche di lamblie nelle feci e, quel che è più importante, normalizzatosi l'alvo e le condizioni generali, scomparve completamente il reperto parassitario delle feci: si deve perciò pensare che in tali casi l'eventuale attecchimento e proliferazione di parassiti sia effetto e non causa prima della colite.

Avendo notato che nella terapia delle dette sindromi enterocoliche aveva grande efficacia la somministrazione di estratti epatici e sapendo che in essi è contenuta una notevole quantità di acido nicotinico (Elvehjem), la cui efficacia nei disturbi intestinali da pellagra è ben nota, l'A. pensò di usare l'acido nicotinico nella cura delle sindromi enterocolitiche in questione. Il risultato è stato straordinariamente buono e rapido in tutti e tre i casi in cui fu adoperato, casi in cui le sofferenze datavano da moltissimo tempo: in tutti i casi il trattamento con acido nicotinico fu sospeso dopo breve tempo ma le condizioni dei pazienti continuarono ad essere ottime pur essendo stato loro permesso di seguire un regime alimentare assolutamente libero.

Per spiegare la patogenesi di tali forme morbose l'A. pensa che le iniziali manifestazioni dispeptiche determinano un deficiente assor-

bimento di acido nicotinico dagli alimenti che lo contengono (carne, fegato); tale deficienza veniva poi aggravata dalla alimentazione scarsa e incongrua cui venivano sottoposti i malati e dalla somministrazione di farmaci tossici come l'emetina, con conseguente peggioramento della sindrome.

F. TOSTI.

Duodenite plasmorragica.

(MANZINI. *Archivio it. di anat. e istol. patol.*, ottobre 1939).

L'A. riporta il particolare quadro anatomo clinico di una singolare alterazione trovata a carico del duodeno di una donna affetta da cirrosi atrofica del fegato con ittero, con precedenti di numerose coliche epatiche tutte accompagnate da ittero da occlusione.

Prima di inquadrare e di interpretare il suo caso l'A. riassume lo stato attuale delle conoscenze sull'infiammazione così detta sierosa o plasmorragica. Sulle basi dei fattori etiopatogenetici egli distingue: 1) l'infiammazione plasmorragica o sierosa in cui l'alterata permeabilità capillare è sostenuta da un fattore flogistico (stati morbosi da infezione da B. del tifo, paratifo, di Gärtner, difterico, influenzale, pneumococco, ittero catarrale e stati tossi-infettivi in genere); 2) l'essudazione plasmorragica da alterata permeabilità capillare per il concorso di cause idrodinamiche e tossiche senza però alterazioni delle pareti capillari (stasi cronica del fegato, mesenterite retrattile, ispessimenti pleurici, ecc.); 3) l'essudazione plasmorragica con alterata permeabilità capillare per disturbi endocrini o angionevrotici o di sensibilizzazione plasmatica richiama l'attenzione sull'evoluzione sclerotica senza il concorso di reazioni istioangiofibroblastiche. I fattori etiologici si trovano o nelle tossine o più spesso in prodotti tossici endogeni (forse del tipo delle amine biogene) derivanti dall'alterato metabolismo delle proteine cellulari. Al termine di sieroso preferisce, per evitare equivoci, quello di plasmorragico.

Ritornando al caso riportato l'A. ritiene l'alterazione del duodeno come una duodenite sierosa o plasmorragica che, per l'assenza di lesioni flogistiche delle pareti capillari e di stasi e per la presenza invece di alterazioni del plesso nervoso di Auerbach, ascrive al 3° gruppo delle infiammazioni plasmorragiche. Cerca infine di interpretare sulla base del quadro anatomo-istologico le manifestazioni cliniche (dolori, ittero, ecc.) della duodenite, presentatasi con la sintomatologia classica della colica biliare. Attribuisce la morte della paziente al rapido aggravarsi dell'insufficenza epatica per il complicarsi della lesione cirrotica con una epatosi plasmorragica e con focolai di epatite sierosa.

RUBEGNI.

INFEZIONI.

Febbre del fango - del raccolto - dell'acqua - infezione da leptospire.

(J. KATHE. *Mediz. Klin.*, 25 agosto 1939).

Le leptospire sono gli agenti patogeni di tre malattie, di cui due, la malattia di Weil e la febbre da fango o dei campi, importanti per l'uomo, mentre la terza, colpisce per lo più i cani (leptospira canicola) e solo eccezionalmente si trasmette nell'uomo. Morfologicamente le tre qualità di leptospire non si possono distinguere: però le prove biologiche permettono una sicura differenziazione. Di fronte al morbo di Weil la febbre da fango si comporta come il paratifo di fronte al tifo; le prove biologiche più importanti per la defferenziazione tra le due malattie, sono la agglutinazione-lisi e la deviazione del complemento. In molti casi di malattia da fango la agglutinazione-lisi riesce positiva anche verso la leptospira di Weil, ma sempre ad un titolo molto più basso che verso l'agente specifico.

Nei primi 3-6 giorni di malattia può riescire di coltivare le leptospire dal sangue: la cultura però è, oltre che molto difficile, anche lunga occorrendo a volte fino a 10-14 giorni di termostato per ottenere uno sviluppo apprezzabile. Non si sono mai potute dimostrare le leptospire nell'urina, mentre negli stadi successivi della malattia di Weil l'esame in campo oscuro del sedimento dell'urina centrifugata rivela spesso l'agente specifico. Mentre per la epidemiologia del M. di Weill hanno una importanza capitale i contatti dell'uomo con i ratti risp. con l'acqua inquinata dalla loro urina, nella febbre da fango l'uomo si infetta direttamente, senza intermediari animali, dall'acqua di inondazione in cui le leptospire si sono moltiplicate. Condizioni necessarie perchè avvenga una epidemia tra gli individui che lavorano nei campi, sono la impregnazione di questi con abbondante acqua (inondazioni) e l'alta temperatura ambiente: perciò le epidemie si sviluppano esclusivamente nei mesi estivi. Queste condizioni permettono una abbondante moltiplicazione di leptospire che infettano gli individui che bevono l'acqua o vi vengono a contatto con la pelle nuda (bagni, lavoro a piedi nudi; passaggio di leptospire attraverso minime lesioni) o che consumano i prodotti agricoli raccolti dai campi o dai prati infangati o inondati. Altre condizioni indispensabili perchè si determini una epidemia sono una diminuita resistenza degli individui (l'aver superata la malattia lascia dietro una lunga immunità) e una aumentata aggressività delle leptospire. Queste non sono mai patogene per le cavie, tanto sensibili di fronte all'agente della M. di Weil: nelle culture su terreni artificiali esse perdono rapidamente ogni virulenza (vi è persino chi le ha

usate per la piretoterapia nell'uomo). Vi è però ancora chi ritiene che le spirochete acquatiche saprofitiche siano forme avirulente della spirocheta di Weil e che con ripetuti passaggi in animali esse possano ridiventare patogene e riacquistare i caratteri dell'agente del M. di Weil: è certo ad ogni modo che la spirocheta di Weil nelle culture diventa rapidamente apatogena ed innocua per la cavia, animale tanto sensibile di fronte alle forme virulente. Il quadro morboso della febbre da fango ricorda quella della malattia di Weil. In quest'ultima, dopo una incubazione di una o più settimane, si hanno improvvisamente brividi, abbattimento, violenta cefalea e dolori muscolari, soprattutto ai polpacci. Nella seconda metà della prima settimana il fegato si ingrossa e si fa dolente e si manifesta un ittero che non di rado è accompagnato da emorragie cutanee (ecchimosi) e mucose. La milza è per lo più ingrossata, i reni lesi. Non di rado si manifesta un esantema scarlattiniforme o morbilliforme. Caratteristica è l'episclerite. La temperatura, tra i 39° e i 40° e anche più, cade dopo 8-12 giorni; non di rado però segue una nuova ascensione recidivante. Il quadro clinico però non è costante: persino l'ittero tanto caratteristico manca nel 30-50 % dei casi. La mortalità, del 10-20 %, varia con l'età: nei vecchi la malattia è mortale.

Nella malattia da fango l'incubazione varia da pochi giorni ad alcune settimane. Inizio improvviso con brividi, abbattimento, dolori di testa e muscolari, specie ai polpacci. Temperatura tra i 39° e i 40°, polso relativamente lento, piccolo, faccia gonfia e arrossata, congiuntiva fortemente iniettata, lingua patinosa e non di rado con striscie rosse ai margini. Spesso disturbi gastro-intestinali: nausea, vomito, coliche, sensibilità del ventre alla pressione, diarrea talora anche sanguigna. La milza è spesso ingrandita, il fegato raramente. È eccezionale un ittero netto; frequente una colorazione subitterica delle sclere. L'urina contiene urobilina e urobilinogeno, spesso anche albumina, leucociti, eritrociti, cilindri granulosi. In un certo numero di casi si hanno anche manifestazioni a carico dell'apparato respiratorio, perciò gli autori russi chiamano l'agente patogeno « spirocheta grippo-typhosa ». Talvolta tra il 3° e il 6° giorno di malattia si manifesta un esantema morbilliforme, specie al tronco. Le linfoglandole si ingrossano specie all'inguine. La febbre, continua per alcuni giorni, cade poi per lisi o per crisi verso il 6°-7° giorno. Talvolta si ha una nuova riaccensione febbrile. Il decorso è benigno. La profilassi delle leptospirosi consiste per la malattia di Weil nell'evitare i contatti con i ratti e nella distruzione dei medesimi, per la malattia da fango nell'evitare assolutamente di bere l'acqua di inondazione, di far bagno e di lavorare ad estremità inferiori nude nella medesima. Per la cura della malattia di Weil sono molto efficaci i sieri immuni ad alto titolo. Data la affinità con la malattia da fango, si consiglia di usare anche in questa lo stesso siero: la sieroterapia sarà però necessaria solo in rari casi particolarmente gravi. Se si avrà a disposizione un siero specifico verso la leptospira acquatica, l'effetto sarà naturalmente maggiore: nell'Istituto Koch si sono preparati da conigli tali sieri specifici che iniettati a malati di malattia da fango hanno accorciato il decorso e attenuati tutti i sintomi. P.

**

Le infezioni bucco-gengivali d'origine intestinale.

(E. ANTOINE. *Arch. des Mal. de l'App. dig.*, ecc., juin 1939).

Le modificazioni della lingua nelle malattie dell'apparato digerente hanno da molto tempo attirato l'attenzione dei medici i quali tuttavia limitano spesso il loro esame a tale organo, dimenticando di indagare tutta la cavità oro faringea.

Infezioni bucco-gengivo-linguali sono frequenti nelle affezioni intestinali, e d'altra parte queste ultime vengono sfavorevolmente influenzate dalle prime, con il realizzarsi di circoli viziosi.

Il gruppo dei pazienti preso in esame dall'A. comprendeva affezioni diverse del tubo digerente, nella maggior parte stipsi abituale, coliti, appendiciti, ecc., tutti questi individui erano portatori di segni netti d'infezione buccale, gegivale e linguale.

Le lesioni linguali vanno da una patina saburrale ad una vera glossite ulcerosa. L'alito è spesso fetido.

L'A. consiglia a questo proposito un mezzo che ha valore diagnostico e curativo nello stesso tempo, l'annerimento della lingua col bismuto.

Si consiglia di sciacquare la bocca la sera con una soluzione di carbonato di bismuto e di osservare la mattina lo stato della bocca. Se è presente un certo grado di infezione buccale di origine intestinale, il carbonato di bismuto subirà la stessa sorte che nell'intestino, trasformandosi in solfuro di bismuto, nero, facilmente poi asportabile.

In questi pazienti le gengive sono spesso gonfie, dolorose, emorragiche, con peggioramenti in occasione dei periodi di costipazione.

Le tonsille sono spesso ipertrofiche, rinofaringe congesto, facili le sinusiti e le otiti medie ribelli.

Il laboratorio conferma queste vedute cliniche. L'A. ha praticato nei suoi pazienti l'emocultura gengivale, l'esame dei prodotti di raschiamento della base linguale, l'esame del gengivale.

I germi più frequentemente riscontrati sono stati il colibacillo, l'enterococco e lo stafilococco.

Inoltre sono meno frequenti e abbondanti le specie di germi considerate come banali (spirilli, proteus, fusiformi, ecc.).

I medesimi germi di genesi intestinale che si rinvengono nel cavo orale, si riscontrano spesso, in questi malati, nelle vie biliari (sondaggio duodenale) e nelle vie orinarie e genitali, dimostrando la loro diffusione ematogena. La clinica e il laboratorio dimostrano che il focolaio primitivo è l'intestino. Anche i risultati terapeutici ne costituiscono una conferma.

Le cure locali non sono quasi mai risolutive, spesso se irrazionali conducono a peggioramenti.

L'A. consiglia di pennellare una volta al giorno le gengive con succo di limone, l'uso di un colluttorio borato al bleu di metilene o arsenicale se vi è abbondanza di spirilli. La dentatura va curata.

Utili i lavaggi orali con auto o stock-vaccini o con una emulsione di carbonato di bismuto che rimanga tutta la notte nella cavità orale. Se tutte queste pratiche possono essere utili, il trattamento intestinale è di importanza capitale.

Occorre eliminare i purganti e tutti i medicamenti irritanti, accertare un'eventuale presenza di parassiti, combattere le malformazioni del colon, precisando poi una dieta razionale.

Il trattamento generale coronerà questo sistema terapeutico. L'A. consiglia un autovaccino polivalente polimicrobico, l'autoemoterapia, e l'uso prudente dei sulfamidici.

Solo in questo modo potranno cedere certe affezioni del cavo orale di solito ribelli a qualsiasi altra terapia. SIBILIA.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

GIOVANNI P. ARCIERI. *La circolazione del sangue scoperta da Andrea Cesalpino d'Arezzo.* Vol. in-16° di pagg. 120. Editori, fratelli Bocca. Milano, 1930. L. 10.

La presentazione di Giovanni P. Arcieri è forse superflua, ma nel dubbio doverosa. Reputato tisiologo, primario del Bellevue Hospital di New York e professore in quella scuola medica, egli è sopratutto uno strenuo campione di italianità nel Nordamerica, un infaticabile rivendicatore delle glorie della medicina italiana: a lui si devono la rivelazione di Alcmeone di Crotone predecessore di Ippocrate quale massimo esponente della medicina greca, la valorizzazione di Agostino Bassi quale antesignano della microbiologia, la rivendicazione di Bottini come precursore di Lister nella pratica dell'antisepsi...

Strumento della sagace e fervida opera di indagine e di propaganda di Arcieri è la rivista da lui recentemente fondata e diretta, dal titolo *Alcmeone.*

In questo ultimo volume dall'Arcieri pubblicato e che è oggetto della presente recensione, egli rievoca e discute esaurientemente una questione della più grande importanza storica e di sempre ardente attualità: la scoperta della circolazione del sangue.

L'occasione di questo scritto polemico di Arcieri è data da un ennesimo tentativo, compiuto dall'inglese Singer, di rivendicare ad Harvey questa scoperta.

Arcieri riassume chiaramente le fasi di essa. Galeno pensava che il fegato fosse il centro dell'apparato circolatorio, che i due ventricoli cardiaci fossero comunicanti per pori invisibili, che le arterie partissero dal cuore e le vene dal fegato. Realdo Colombo nel 1559 scoprì la piccola circolazione polmonare. Cesalpino nel 1571 stabilì che il cuore è l'organo principale della circolazione (la stessa parola *circolazione* fu usata dal Cesalpino per la prima volta), dal quale il sangue parte e al quale ritorna, affermò che nei vasi che dal polmone vanno al cuore passa solo sangue e non sangue misto ad aria, seguì il corso del sangue nel suo intiero tragitto, intuì la esistenza dei capillari (*vasa in capillamenta resoluta*, dei quali Spallanzani diede la dimostrazione al microscopio).

Le idee di Cesalpino sulla circolazione furono da lui esposte in vari libri, ma sopratutto nelle *Peripateticarum quaestionum*, stampato a Venezia nel 1571.

Harvey, venuto in Italia nel 1598 alla età di 20 anni, frequentò la scuola di medicina di Padova ed ebbe a maestro, fra gli altri, Rudio, allievo di Cesalpino del quale insegnava le dottrine. Nel 1628 pubblicò a Francoforte il *De motu cordis.* Da notare che nel 1766 il

Collegio Medico di Londra pubblicò una seconda edizione del libro di Harvey alterando con modificazioni e aggiunte (cosa ben arbitraria e scorretta) il testo primitivo: causa non ultima degli equivoci e delle polemiche ulteriori.

Ad Harvey, il quale a proposito della circolazione aveva anche idee erronee (come quella delle *porosità della carne* nelle quali il sangue arterioso viene assorbito) spetta il merito di aver riunito, a proposito della circolazione sanguigna, in un solo libro le idee che Cesalpino aveva disseminato in più opere.

Arcieri riporta il testo del Cesalpino con a fianco quello di Harvey, a dimostrazione del plagio da questi perpetrato appropriandosi le idee di Cesalpino, e dimostra anche che Harvey finse di ignorare le opere fondamentali, nel problema della circolazione, di Colombo, di Fabrizio, di Sarpi, di Piccolomini.

L'ultimo tentativo di riabilitazione di Hervey, è stato, come si è detto, praticato recentemente da Singer, titolare di storia della medicina nella Università di Londra, mediante una serie di scritti, dei quali il più importante appare quello dal titolo *The evolution of Anatomy*. In questo egli accusa il Cesalpino di aver ritrattato le sue idee sulla circolazione affermando che « il sangue procede dal cuore non solo attraverso l'aorta e l'arteria polmonare, ma anche attraverso la vena cava e la vena polmonare », periodo che si troverebbe nella ultima opera da lui pubblicata, dal titolo *Praxis universae artis medicae*.

Arcieri riportando nel testo latino originale il periodo incriminato osserva che il Singer ha tradotto la parola *distributur* (è distribuito) in *goes forth*, e cioè: procede, e ha aggiunto di sua iniziativa le parole *non solo* (not only) ma *anche* (but also), travisando tendeziosamente in senso erroneo il significato delle argomentazioni di Cesalpino.

Il breve periodo capziosamente stralciato e trionfalmente sbandierato dal Singer, e che nel suo testo autentico rappresenta solo un accenno generico alla irrigazione sanguigna del corpo, non può valere dunque a mettere Cesalpino in contraddizione con se stesso, con quanto cioè egli aveva scritto in tutte le sue precedenti opere; tanto più che nella stessa opera in cui tale periodo si legge, Cesalpino descrive dettagliatamente ed esattamente, al capitolo VI, la direzione della corrente sanguigna, e la funzione esercitata in essa dalle valvole cardiache.

Questo ultimo tentativo del Singer di spodestare Cesalpino a beneficio di Harvey non può spiegarsi dunque che come ispirato da un sentimento di evidente e faziosa malafede; fatto veramente inconcepibile in persona che occupa un posto di così alta dignità e responsabilità.

Gino Pieri.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

G. Viola, P. Benedetti. *Tecnica della valutazione costituzionale secondo il metodo di Viola.* Bologna, L. Cappelli, Editore, vol. di pag. 60. Pr. L. 15.

È a tutti noto come il Viola sia il massimo assertore della definizione costituzionale del biotipo uomo in base alla determinazione quantitativa di un insieme di caratteri anatomo-funzionali, ma dominati da quelli morfologici che si fondano sul concetto della antropometria: il corpo inteso nella grandezza, nelle sue linee, nei rapporti delle varie linee, nelle sue projezioni.

Con questo metodo, che nel suo schematismo matematico è indubbiamente il più concreto tra le varie concezioni più o meno astratte ma più biologiche della costituzione individuale, si cerca « l'uomo medio » corrispondente a « un valore quantitativo medio normale », tratto da una statistica in serie più che da un calcolo aritmetico dei caratteri antropometrici.

Il Viola e il Benedetti pubblicano un lavoro monografico sulla tecnica antropometrica e valutatoria del metodo, indubbiamente di grande utilità per l'applicazione pratica della dottrina costituzionalista dell'illustre clinico, ma specialmente utile a chi possieda già una cognizione abbastanza chiara della dottrina stessa.

In una prima parte si tratta delle misure antropometriche esterne fondamentali costituenti quel che gli AA. chiamano « sistema chiuso », mentre è « aperto » quello delle misure complementari. Le misure lineari semplici divenendo composte formano i valori somatici fondamentali, e i relativi tipi e sottotipi morfologici — brachitipo, longitipo, normotipo —, sottoposti i due prima alle correzioni degli errori specifici e generici, ricordando che il metodo Viola si basa essenzialmente sulla « legge degli errori accidentali » di Quetelet Gauss.

In una seconda parte si definiscono le determinazioni fisio-morfologiche del cuore, polso, respirazione, dinamometria, ecc.

A chiarire la non facile metodica tecnica sono numerose riproduzioni fotografiche e tavole schematiche ed esplicative.

G. Mòglie.

H. Weber. *Ueber Krankheiten der Rückbildungsjahre und des Alters.* Un vol. in-8° di 89 pagg. G. Fischer Jena, 1939. Prezzo RM. 4,50.

Da qualche tempo, si è venuta rivolgendo l'attenzione dei medici alle malattie della vecchiaia. Trattasi di una questione di notevole

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

importanza sociale. Con la diminuzione della mortalità, che si estende sia pure in misura relativa anche agli individui avanti negli anni, il numero dei vecchi è venuto aumentando e più aumenterà in avvenire. Si calcola, per la Germania, che il numero degli individui di oltre 65 anni, che era di 3,3 milioni nel 1910 e di 5,8 nel 1938, sarà di 11,3 nel 1980. È tutto interesse delle nazioni di mantenere molti di tali individui in stato da potere essere ancora utilizzabili per il lavoro, invece di costituire un aggravio di forte passività. Ma anche dal punto di vista sentimentale, la questione non va trascurata; anche se non sempre in perfetta sintomia con le nuove generazioni, queste teste canute sono quasi sempre circondate dall'affetto e dalla tenerezza dei loro cari, che sentono in essi un grande appoggio morale. È quindi necessario che il medico eviti quel pessimismo che spesso lo invade di fronte a quella specie di museo patologico che sono talora alcuni vecchi, non ne abbandoni l'assistenza e metta in opera tutti gli accorgimenti della terapia.

Buona guida per tale missione — e missione essa è veramente per l'amorosa pazienza che spesso si deve mettere in opera — è questo libro del Direttore della Sezione medica dell'Ospedale Lazzaro di Berlino. Dopo una breve introduzione, vi tratta le malattie dei singoli organi e sistemi, quali si presentano nell'età matura e nella vecchiaia: malattie vere e proprie e non semplici manifestazioni della senescenza. La trattazione è breve, succinta, ma sufficientemente completa ed essenzialmente impostata sulla pratica. *fil.*

Codice Ospedaliero, a cura dell'avv. V. NAZZARO e del dott. A. DE CECCO. Roma, 1939. Libreria dello Stato. L. 20.

In bella edizione e formato tascabile è apparso questo atteso volumetto, che sarà veramente prezioso non solo per chi è destinato a dirigere un ospedale, ma a quanti in esso e per esso lavorano e direttamente o indirettamente si occupano di pratiche ospedaliere.

Tutti trovano già pronta, ordinata e condensata tutta la materia di cui abbisognano come norma, disciplina, riferimento. Sono incluse le « Istruzioni per le costruzioni ospedaliere », approvate con R. Decreto del 20 luglio 1939, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* dell'11 agosto 1939, n. 187.

Un indice analitico molto minuzioso ed accurato fa risparmiare tempo notevole per il sollecito riscontro ed il coordinamento delle disposizioni su di uno stesso argomento.

Si ha così un quadro preciso di tutte le disposizioni, vecchie e recenti, riguardanti l'attuale ordinamento e funzionamento amministrativo e sanitario degli ospedali, frutto delle costanti cure della Direzione Generale della Sanità Pubblica, alla quale appartengono i due diligenti compilatori del manuale.

Essi hanno aggiunto note originali di commento e di richiamo, che costituiscono un'altra utile caratteristica di questa recentissima pubblicazione. G. PERILLI.

R. J. WEISSENBACH e F. FRANÇON. *Les Rhumatismes. Maladies sociales.* Editori G. Doin e C. Parigi. Prezzo Fr. 55.

Gli studi sulle malattie reumatiche si son in questi ultimi tempi intensificati e ne hanno in buona parte precisata la nosografia e l'etiopatogenesi. Ma molto ancora resta oscuro. Il libro dei due medici francesi costituisce l'aggiornamento delle nostre conoscenze su un capitolo così importante della patologia. La classificazione delle forme reumatiche da essi proposte è convincente.

La reumatologia per il numero, la varietà delle forme morbose e sopra tutto per i loro riflessi sociali importa ricerche particolari e complessi, merita di essere riconosciuta una specializzazione.

Weissenbach e Françon nella loro trattazione insistono sopra tutto sull'importanza sociale delle affezioni reumatiche in riguardo sia ai fattori determinanti che agli effetti perniciosi sulla collettività. Speciali capitoli sono dedicati alla terapia ed alla profilassi individuale, familiare e pubblica. DR.

L. ZAMBRINI. *Manuale pratico di rieducazione respiratoria ed educazione fisica correttiva.* Un vol. in-8° di 74 pagg., con 52 figg. L. Cappelli, Bologna, 1939. Prezzo L. 18.

L'importanza di una buona educazione respiratoria specialmente nei ragazzi è essenziale sia per un adeguato sviluppo fisico, sia per correggere eventuali paramorfismi e dismorfismi abbastanza frequenti, di cui l'influenza si ripercuote dannosamente sulla salute dei giovani.

Mancava da noi un manuale essenzialmente pratico, che desse chiare nozioni in proposito. A ciò provvede bene questo lavoro della prof. Zambrini, nel quale dopo brevi cenni generali sulle regole igieniche e sull'apparato respiratorio, l'A. passa alla descrizione degli esercizi, chiara, schematica, bene aiutata dal ricco materiale illustrativo, costituito da fotografie e da disegni del prof. Romiti. Per ogni esercizio si accenna all'effetto che esso produce, il che è molto utile per meglio valutarne l'importanza ed il significato. *fil.*

F. FICHERA. *Il Duce ed il Fascismo nei Canti dialettali d'Italia.* Edizione del « Convivio letterario », Milano. Prezzo L. 16.

È una raccolta commentata delle poesie che l'epopea del fascismo nelle varie sue fasi ha ispirato al popolo italiano.

Sono canti che rivelano talora una passione ingenua, talaltra sentimenti carichi d'idee, espressi in tutti i dialetti d'Italia.

Il contributo che vi hanno dato i medici è notevole. *a. a.*

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA

XLVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(Continuazione e fine; vedi numero precedente)

(8 nov. ore 15,30)

Comunicazioni inerenti al tema di relazione:

Traumi chiusi dell'addome.

LUCCHESE G. (Figline Valdarno). *Contusioni addominali con rottura del tenue.*

VILLATA G. (Torino). *Rottura sottocutanea traumatica della milza.*

RINDONE A. (Palermo). *Due casi di rottura traumatica della milza con sindrome emorragica tardiva.*

SOVENA E. (Roma). *Su alcuni rari casi di traumi chiusi dell'addome.*

CONSIGLIO V. (Messina). *Perforazione intestinale in ernia libera da trauma indiretto circoscritto all'addome.*

BADILE P. L. (Mestre). *Trattamento delle perforazioni traumatiche gastro-intestinali in addome chiuso.*

TRUINI N. (Roma). *Gastroptosi consecutiva a trauma chiuso dell'addome.*

PAZZAGLI R. (S. Giovanni Valdarno). *Ernie traumatiche della parete addominale.*

RALLO A. (Taranto). *Fratture vertebrali in trauma chiuso dell'addome.*

BROGLIO R. (Belluno). *Traumi chiusi dell'addome.*

ALIERI F. (Roma). *Traumi chiusi dell'addome con lesioni viscerali operati in poco più che un triennio all'ospedale di S. Giovanni in Roma.*

DELLA MANO N. (Milano). *Alcuni casi di contusioni addominali.*

DONATI G. (Pavia). *Indicazioni e risultati di alcune indagini urologiche e radiologiche nei traumi recenti.*

ROSSI F. (Milano). *Considerazioni sui traumi chiusi dell'addome osservati nel Padiglione di chirurgia d'urgenza dell'O. M. di Milano.*

ROTOLO G. (Milano). *Contusioni chiuse dell'addome senza lesioni viscerali e con lesioni: lesioni dei visceri cavi e dei mesi.*

MASNATA G. (Milano). *Contusioni chiuse dell'addome con lesioni dei visceri pieni.*

DI MAIO M. (Milano). *Lesioni dell'apparato urinario nei traumi chiusi dell'addome.*

TABANELLI M. (Milano). *Sintomi di lesioni addominali in traumi toracici.*

SANTERO N. (Busto Arsizio). *Traumi chiusi dell'addome curati negli ultimi 15 anni nell'Ospedale di Busto Arsizio.*

GUCCI G. (San Gimignano). *Traumi dell'addome e ulcera duodenale.*

Discussione sul tema di Relazione.

POTOTSCHNIG (Vicenza). — Segnala la frequenza di lesioni associate, intendendo l'associazione di contusioni addominali con lesioni traumatiche in altre parti del corpo. Su 26 casi la lesione extra-addominale è stata in 8 casi gravissima e per se stessa pericolosa o addirittura mortale.

Riferisce un caso di rottura in due tempi del fegato in un soldato colpito da calcio di mulo con sintomatologia iniziale scarsissima e che venne poi quasi improvvisamente a morte in terza giornata per emorragia secondaria prodottasi sotto il lieve sforzo della defecazione.

La *rottura della milza* può venire prodotta da traumi anche lievi anche senza una causa patologica predisponente.

Conviene sulla rarità delle lesioni isolate del mesentere e specie di quelle del mesocolon trasverso.

Circa la diagnosi si permette di dissentire dal Relatore in un punto e cioè quand'egli afferma che l'esame radiologico è fondamentale. Tale indagine può essere utilissima e preziosa; ma in assenza di una falce d'aria non si può escludere una lesione perforativa di qualche viscere.

Richiama l'attenzione su alcuni piccoli segni clinici, importanti per la diagnosi che non trova ricordati dal relatore:

il dolore riflesso alla spalla d. o sin.;

la dolenzia spiccata e circoscritta in un dato punto dell'addome rilevabile con la percussione leggera delicata sistematica;

la dolorabilità della piega del Douglas; del tutto analcgo è il riscontro di una dolenzia del canale inguinale o allo stiramento del cordone spermatico.

Dà inoltre importanza per il sospetto di una lesione viscerale a un breve stupore o una fugace perdita di coscienza e al vomito iniziale riflesso, alla bradicardia.

Sottolinea in fine la assoluta necessità del ricovero precoce in ospedale, concludendo che la sorte dei traumatizzati dell'addome dipende essenzialmente dalla diagnosi corretta e tempestiva e dal sollecito ricovero di questi infermi.

ROMANI A. (Venezia). — Richiama l'attenzione sull'opportunità in casi eccezionali della via transpleurodiaframmatica quale via di elezione per aggredire ferite della volta epatica.

Fa presente che in detti traumi la gravità si può manifestare anche a distanza di tempo.

Quanto alla difesa delle pareti addominali, tale sintomo non si deve considerare costante.

CATTERINA A. (Roma). — Richiama l'attenzione su i traumi addominali erniosi.

In un caso da lui pubblicato ha rivelato che l'ernioso presentava tutti i sintomi di lesione addominale intestinale, ma nello scroto mancava la presenza del viscere erniato, ma vi era manifesta presenza di aria che indusse appunto alla diagnosi di lesione intestinale che poi si completò all'operazione.

CHIAROLANZA R. (Napoli). — Ha letto con ammirazione la relazione del prof. Ceccarelli che è un

documento di alto valore e di coscenziosa analisi del problema; ma ritiene che esso non abbia risoluto il problema classico che è rimasto allo stato quo ante.

La questione che costituisce l'essenza della discussione è sostanzialmente una questione di diagnostica e di indicazioni terapeutiche.

Distingue in tre gruppi i traumatizzati dell'addome: quelli gravissimi non suscettibili d'aiuto chirurgico; quelli gravi e quelli leggeri. Il terzo gruppo comprende casi di traumatizzati che solo a di distanza di parecchie ore o di giorni presentano segni più o meno gravi di emorragia o d'infezione. In questi casi ha enorme importanza l'anamnesi in rapporto alla forma del corpo contundente, alla regione anatomica colpita e via dicendo.

Accenna alle difficoltà diagnostiche tra stato di chock senza lesioni anatomiche, emorragie, inquinamento peritoneale per rottura di visceri.

Conclude affermando che di fronte ad un traumatizzato addominale in stato di shock sia doveroso tentare ogni mezzo per superare quest'ultimo. E se non si riesce bisogna intervenire in tempo ragionevole cioè breve. Ma comunque è il senso clinico e l'esperienza quelle che aiuteranno il chirurgo nelle sue decisioni.

PEDOTTI F. (Lugano). *Sugli esiti tardi da lesioni per traumi chiusi dell'addome.* — Ricorda il quadro da lacerazione per contraccolpo della cupola diaframmatica, specie a sinistra, con fuoriuscita nel cavo pleurico dello stomaco, colon transverso e milza.

Tempi operatorii:

frenicotomia preventiva;

riposizione in addome per via transtoracica degli organi prolabiti;

avvivamento dei margini della breccia da lacerazione diaframmatica e sutura a punti staccati con un materiale non riassorbibile.

CAPPELLI L. (Ancona). — Fa rilevare che talvolta la diagnosi differenziale tra emorragia e shock non è sempre agevole. Di qui la necessità di osservare e riosservare il traumatizzato cercando di interpretare i vari sintomi.

Mette in evidenza l'importanza della trasfusione preoperatoria che è fattore tonico generale ed esplica la sua azione non solo come elemento di sostituzione di sangue, ma come fattore stimolante l'emopoiesi e l'emostasi. Insiste sui casi di piccoli urti provocanti la rottura della milza, e ne riferisce uno personale.

STOPPATO U. (Firenze). — Fra le etiologie rare in tema di lesioni traumatiche chiuse dell'addome ricorda la possibilità di lesioni di visceri contenuti in ernie strozzate per manovre di riduzione fatte senza regola d'arte. Ricorda a questo proposito un caso di disinserzione del mesentere per un tratto di circa 10 cm. in seguito a tentativi brutali per ridurre un'ernia inguinale strozzata.

RADICE L. (Napoli). — In rapporto alle relazioni tra trauma e appendicite cita due casi, capitati nella sua pratica nei quali in individui certamente non affetti da appendicopatia, al trauma piuttosto violento nella regione iliaca destra, seguì una chiara sindrome appendicolare acuta. Ambedue i casi furono operati, uno in 8ª, l'altra in 2ª giornata, ed il reperto operatorio dimostrò chiare note infiammatorie.

SOLIERI S. (Forlì). — Richiama l'attenzione sulla difficoltà della valutazione dell'entità del trauma sull'addome nel determinismo di lesioni anatomo-patologiche dei visceri contenuti. Così traumi di entità minima possono originare lesioni gravissime di visceri cavi e solidi in specie se vi siano alterazioni morbose preesistenti di essi. Riferisce il caso di un uomo che ebbe la lacerazione della milza malarica in seguito ad uno starnuto con formazione di un ematoma incistato ed il caso di un altro soggetto in cui si avverò perforazione di un'ulcera in tifoso ambulatorio per urto contro un pilastro miliare. Entrambi i casi ebbero il controllo della biopsia e gli operati guarirono.

Risposta del Relatore.

Il notevole numero della comunicazioni fatte dai Colleghi, mentre dimostra l'interesse che ha destato il tema trattato, ha completato la mia esposizione orale fatta che necessariamente è stata sommaria.

Ringrazia i Colleghi che hanno giudicato con tanta benevole la Relazione ricompensandolo largamente della sua fatica, compiuta non certo con la speranza e tanto meno con l'intento di portare una parola definitiva sull'argomento, ma soltanto di aggiornarlo e di inquadrarlo compiutamente.

Il collega Cappelli ha osservato che esistono ancora tuttavia punti difficili circa la diagnosi e l'indicazione all'intervento; egli però nonostante la sua larga esperienza, non ha detto nulla di più di quello che il R. aveva scritto e detto e pertanto mentre deve riconoscere che alcune volte non si posseggono elementi precisi per la diagnosi e per la indicazione operatoria rimane fermo che nell'enorme maggioranza dei casi, l'attento, minuzioso esame dei malati, la valutazione esatta dei sintomi raccolti, le ricerche complementari di laboratorio e l'esame radiologico possono chiarire anche quei casi che altrimenti farebbero restare dubbiosi.

Così pure vorrebbe dire al collega Chiarolanza, il quale nei casi dubbi vuole affidare al senso clinico del chirurgo la possibilità di formulare la esatta diagnosi e indicare la cura, che una tale qualità un po' misteriosa è puramente personale e non può essere fermata in una relazioenne dove di necessità debbono essere riportati soltanto dati obbiettivi.

A parte dunque il senso clinico personale, è appunto nei casi dubbiosi che si debbono eseguire più accuratamente, le ricerche semeiotiche prospettate dal R. perchè anche chi è meno provvisto di senso clinico e di esperienza possa giungere ad una esatta diagnosi.

Al collega Pototschnig dice che nel testo della relazione ha già accennato ad alcuni dei sintomi sui quali egli ha richiamato l'attenzione (dolore della piega del Douglas nella esplorazione rettale; dolore irradiato alla spalla; dolore circoscritto persistente rilevato mediante palpazione dell'addome). Contrariamente a quanto egli attribuisce non è vero che questo consideri come fondamentale il reperto dell'esame radiologico, quasi

che senza di esso non sia possibile una diagnosi di certezza di lesione perforativa del tubo digerente. Ha insistito volutamente sulla importanza di segni radiologici positivi perchè l'esame radiologico dei traumi addominali viene di solito a torto trascurato; se è superfluo quando si tratta di lesioni conclamate, esso in casi incerti può fornire dati decisivi.

Un altro punto importante a suo avviso è nella convenienza di largheggiare nelle trasfusioni di sangue. Non concorda con quanto è stato asserito stamattina da Forni, il quale si è mostrato poco convinto di questa pratica facendo rilevare anche che, se esiste emorragia, la trasfusione, rialzando la pressione, può agevolare una nuova perdita di sangue e che in ogni caso ciò che importa è la emostasi diretta.

È ovvio che in caso di emorragia addominale è urgente ricorrere appena possibile alla emostasi diretta, ma se prima di intervenire eseguiamo una trasfusione di sangue non vede in che cosa si possa nuocere al paziente. Anzi se si è in dubbio tra diagnosi di shoc e di anemia, o comunque se non è chiaro quanto si debba attribuire allo shoc e quanto all'anemia una transfusione di sangue potrà eventualmente decidere la questione nel senso che se si tratta di shoc, essa potrà essere sufficiente a portare un netto e permanente miglioramento.

Comunque rialzando lo stato generale del paziente potrà permettere anche in casi di estrema gravità di intervenire con speranza di successo ed eventualmente potrà essere ripetuta anche dopo l'atto operatorio. Non vede insomma perchè se ne debba restringere l'impiego ed è invece convinto che si debba molto largheggiare.

Qualcuno ha confortato con la sua esperienza quanto ha tenuto a far rilevare circa la convenienza di eseguire tutte quelle cure necessarie per risollevare i pazienti dallo stato di shoc prima di intervenire. Naturalmente non intende dire con questo che si debba procrastinare troppo l'atto operatorio e tanto meno nei casi nei quali lo stato di shoc è legato all'anemia nella quale evenienza naturalmente la urgenza di intervenire al più presto è evidente; ma vi sono casi nei quali al di fuori di qualunque intervento emorragico grave esiste shoc, sia esso o no accompagnato da lesioni di organi cavi. La elevata mortalità operatoria di qualche sezione chirurgica di urgenza perfettamente attrezzata in mezzi e personale lo induce a pensare se talvolta non si corra troppo rapidamente all'intervento, e se non convenga meglio attendere (sempre che non esista grave emorragia) che lo stato di shoc sia superato, istituendo nel frattempo tutte quelle cure che si hanno a disposizione per combatterlo.

Si rende perfettamente conto che nonostante la nostra discussione non saranno superate facilmente quelle condizioni angosciose nelle quali spesso il chirurgo si trova per decidere sulla esatta diagnosi e sulla opportunità dell'intervento: sono casi intermedi tra i gravissimi e i molto lievi quelli nei quali una decisione operatoria deve essere molto meditata. In linea generale a suo avviso si deve essere piuttosto propensi nei casi di dubbio ad intervenire, anzichè procrastinare un intervento a quando poi non si è più in tempo di provvedere efficacemente. Ma d'altra parte stimerebbe errato intervenire senza opportuna discriminazione da caso a caso, senza fare tesoro in tutto quanto possiamo porre in opera per giungere ad una diagnosi esatta, senza cercare di mettere il traumatizzato nelle migliori condizioni per sopportare l'intervento chirurgico ed evitare di aprire senza necessità l'addome di un paziente già fortemente provato dal traumatismo.

Per l'anestesia non è d'accordo con Broglio, che opera questi traumatizzati in rachianestesia, poichè essa può accentuare in maniera paurosa l'abbassamento di pressione preesistente. Se possibile (di rado) si potrà ricorrere alla locale, ma per necessità di una completa esplorazione occorrerà di solito l'anestesia generale (etere, gas).

Concludendo, se è vero che l'esperienza clinica dei chirurghi maturi supplirà largamente a chiarire i casi difficili, crede che i giovani dovranno essenzialmente attenersi a quanto abbiamo cercato di raccogliere nella nostra esposizione. Fra i traumi chiusi e lesioni aperte dell'addome il passo è breve, e nell'ora che volge specialmente i giovani potrebbero essere chiamati a provvedere largamente alla cura di feriti addominali nei quali l'intervento è perentorio.

Se la di lui fatica e la nostra discussione avranno potuto richiamare la loro attenzione e il loro studio sopra un argomento di così viva attualità avremo raggiunto completamente lo scopo.

Sede del prossimo Congresso è stata fissata Roma.

I temi all'Ordine del giorno sono:

I. Infezioni generali da piogeni (in comune con la Società Italiana di Medicina).

II. Tbc. apparato genitale maschile.

III. Trattamento fratture esposte arti inferiori con particolare riguardo alle lesioni da arma da fuoco.

P. Stefanini.

PRECISAZIONI

Morbo di Banti e Sindromi Bantiane.

La posizione della spleno-costrizione chirurgica nella cura di talune forme morbose splenomegaliche.

È noto che da Benedetto Schiassi fu immaginata e denominata *spleno-cleisi* o *spleno-costrizione chirurgica* una operazione diretta a ridurre stabilmente l'esuberante volume della milza in quei casi in cui si reputi che nel sangue circolante nella intimità del viscere si formino alterazioni tali da costituire elementi nocivi agli altri organi dell'economia, tutte le volte che siano sospinti nel circolo generale.

Della stessa operazione ha fatto di recente accenno il prof. Castiglioni nella Relazione al Congresso delle due Società di Med. Int. e di Chirurgia, riunite in seduta comune in Napoli (ottobre 1939).

Il Castiglioni trattando delle sindromi Bantiane in rapporto alla loro cura avvertiva giustamente che l'ablazione dell'intero viscere è preferibile « solo quando la valutazione delle resi« stenze generali, della funzionalità epatica ed il « reperto Clinico ed anatomico consentono di af« frontarlo ». Ed il prof. Antonio Biancheri faceva osservare che dappoichè il maggior numero di « Bantiani » ben di rado si presenta con sintomi che rivelano il primo stadio della malattia, ma bensì quando i patimenti epatici ed ematici sono molto progrediti, si doveva inferire che in base al pensiero espresso dal Castiglioni le indicazioni della splenectomia sono ben ristrette.

E allora come provvedere?

Al prof. Castiglioni non è sembrato di dover concedere una certa fiducia alla legatura dell'arteria splenica.

Nè meno verso la splenocleisi lo stesso A. ha dichiarato di nutrire fiducia asserendo: « non « poter ammettere la praticità del metodo che a « priori non persuade ».

Ma il prof. Biancheri ha esposto in seno allo stesso Congresso un forte dubbio sulla giustezza di quanto con questa dichiarazione aveva espresso il Castiglioni. Il dubbio del Biancheri sorge anche nella mente di chi rifletta sulla concezione basale che ha ispirato la spleno-costrizione dello Schiassi.

La veduta originale del Banti ammetteva che la milza di taluni soggetti in preda ad iperemia passiva rappresentasse un viscere tossigeno. Su questa veduta Egli raccomandava la splenectomia.

Al Congresso di Napoli recente, la sostanza della patogenesi della forma morbosa è stata anche una volta riconosciuta conforme a quella del Banti, e quindi è stata riconfermata l'indicazione dell'ablazione dell'organo; ma quando questa esponga al rischio di esito infausto e si mantenga la concezione originaria del Banti, ecco emergere la convenienza di ricorrere ad un atto chirurgico di nessuna gravità qual'è la splenocleisi con la quale attraverso tre « momenti » tende a correggere le condizioni che dànno luogo alla elaborazione degli elementi nocivi.

I quali momenti si riassumono così:

— Il *quantitativo* di sangue circolante nei vasi e nelle lacune intra-spleniche viene fortemente ridotto;

— Il *tempo* di dimora del sangue specialmente nelle lacune spleniche è contenuto al minimo;

— Il *transito* del sangue entro a tutto il viscere si effettua con maggiore velocità.

Consegue da queste tre condizioni che le alterazioni cui può essere esposto il sangue nel suo percorso entro al viscere capaci di agire in senso nocivo sull'economia generale vengono in gran parte se non del tutto corrette.

Di questa operazione fu scritto anche in Policlinico Sez. Pratica del 1938.

La spleno-costrizione adunque dal punto di vista etio-patogenico e da quello ragionativo in contrario a quanto è stato espresso dal Castiglioni, « a priori » persuade in pieno.

Ma la stessa operazione risulta inoltre persuasiva anche in base a fatti Clinici.

Si sa che la prima operata di Schiassi dopo un anno dall'intervento rimase incinta e concepì in buona salute un figlio che poi crebbe sano e robusto.

Un'altra donna dopo un quadriennio dall'operazione è stata rinvenuta in condizioni generali e di ematosi assolutamente floride.

Un altro soggetto operato dal prof. Biancheri riacquistò un patrimonio ematico e un benessere generale confortantissimi.

Un ragazzo studiato nella Clinica Medica di Bologna nel 1931-32 e poi operato, si dedica oggi, 1939, per tutto il giorno ad un servizio gravoso di autista, mentre all'esame obbiettivo fa apprezzare la sua milza (in origine del diametro di 24 × 13 cm.) ora ridotta ad un volume di una minuscola focaccia appiattita, fibrosa, compressa fra le pareti addominali.

Gli argomenti adunque corroborati da fatti Clinici ben sicuri autorizzano a concedere un netto favore allo spleno-costrizione, come è descritto anche in Archivio It. di Chirurgia 1934.

Dic. 1939, Modena.

Dott. ETTORE BIANCHI

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Su un caso di gigantismo dello stomaco.

A. Giampalmo (*Pathologica*, 15 ott. 1939) descrive un caso molto raro di gigantismo dello stomaco che non si accompagnava ad alterazione di altri organi. Il caso, purtroppo non corredato da alcuna storia clinica non essendo stato mai il paziente tenuto in osservazione nè sottoposto a precise indagini semeiologiche, si riferisce ad un uomo di 24 anni che fin dalla fanciullezza, e progressivamente in modo sempre più grave, era periodicamente preso da forti crisi di fame, in cui mangiava un'enorme quantità di cibo, seguite da forti dolori con difficoltà respiratoria e circolatoria. In una di queste crisi il paziente era venuto a morte.

L'esame autoptico dimostrò la presenza di uno stomaco di grandezza enorme ma completamente libero, senza alcuna aderenza o briglia che ne avesse potuto ostacolare la funzione. Nessuna alterazione si riscontrò a carico degli altri organi sia addominali che toracici.

Lo stomaco, vuoto, pesava 6 chili; la grande curvatura misurava un metro e venti centimetri. Aperto l'organo, esso apparve in buona parte occupato da mostruose vegetazioni polipose, di dimensioni inconsuete, diffuse su quasi tutta la superficie, eccetto che su una parte della regione del cardias e in una larga striscia di mucosa, lungo la piccola curvatura, giungente sino alla zona pilorica (via gastrica): in questa zona la mucosa dello stomaco appariva priva di alterazioni e soltanto a circa 15 cm. di distanza dalla valvola pilorica essa mostrava un'ulcera rotonda callosa della grandezza di un soldo, nettamente limitata, abbastanza profonda e con un fondo sclerotico, senza alcun fatto perforativo o emorragico.

Le masse polipose occupanti il fondo dello stomaco erano molli, a base stretta, mobili e apparivano come enormi lunghe e tortuose ripiegature polipose della mucosa raggiungenti perfino 15-20 cm. di altezza. Le masse polipose, invece, della regione pilorica si mostravano molto più compatte delle precedenti, più consistenti, assai meno mobili ma anche abbastanza alte (fino a 10 cm.).

Dal punto di vista istologico i complessi poliposi del corpo e del fondo erano costituiti da tessuto fibroadenomatoso con formazioni cistiche, quelli della zona pilorica da cospicue iperplasie ghiandolari.

Il caso riferito, da considerarsi come un caso di vera e propria macrogastria poliposa, non ha riscontro nella letteratura e l'A., specialmente in base ad accurati raffronti embriologici, lo considera come dovuto ad una anomalia di sviluppo e da inquadrarsi perciò fra i gigantismi parziali disontogenetici.

F. TOSTI.

Sulla lipomatosi multipla simmetrica.

A Barasciutti (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 29 ottobre 1939) dopo aver ricordato che per lipomatosi si intende l'accumulo patologico di grasso in determinate regioni del corpo, sotto forma di masse multiple e simmetriche, non così nettamente circoscritte, come avviene per i lipomi i quali posseggono una vera e propria capsula, riferisce il caso riguardante un soggetto di media età, ad anamnesi familiare e personale muta, forte mangiatore e bevitore, fumatore accanito, in cui sono insorte, nel volgere di pochissimi anni due sindromi morbose apparentemente distinte. Dapprima il p. notò la comparsa di masse multiple, nodulari, indolori, simmetriche al tronco e al collo; poi improvvisamente cominciò ad avvertire dei dolori intensi alla regione lombosacrale, dolori che ben presto si accompagnarono a notevole senso di debolezza agli arti inferiori con conseguente progressiva diminuzione della capacità al lavoro. L'esame obbiettivo mise in evidenza oltre la presenza di masse a tipo lipomatoso, a tendenza simmetrica, multiple, indolore e di varia grandezza, una modica epato-splenomegalia ed una iperriflessia patellare molto spiccata, con clono del piede, della rotula ed ipertonia delle masse muscolari, senza riflessi patologici od alterazioni delle sensibilità.

Le indagini di laboratorio non misero in evidenza particolari reperti, se si eccettua una discreta linfocitosi. La biopsia di una massa lipomatosa mostrò che si trattava di una forma iperplastica di tessuto grassoso misto a travate di tessuto connettivo a carattere speciale. Il paziente fu sottoposto a una terapia iodica e lipolitica (Triod e Lipoclasina): ebbe ben presto notevoli vantaggi dalla cura: scomparvero i sintomi nervosi e diminuì di molto il volume delle masse lipomatose, di cui gran parte scomparve del tutto.

L'A. pensa, in base a questi risultati della terapia, che la sintomatologia nervosa potrebbe essere attribuita all'esistenza di un fatto irritativo intrarachideo, epidurale, e più precisamente alla presenza di un piccolo lipoma nella detta sede.

Oltre a riferire questo caso l'A. accenna anche ad un secondo riguardante una adiposità patologica circoscritta localizzata nella regione trocanterica di ambo i lati.

F. TOSTI.

Su alcuni problemi nel trattamento delle sindromi ipertiroidee.

Anzillotti (*La radiologia medica*, nov. 1939) discute alcuni problemi terapeutici delle sindromi ipertiroidee, estendendosi specialmente sulle indicazioni chirurgiche e roentgenterapiche non solo nei casi classici di Basedow, ma anche delle forme parabasedoviane e negli adenomi divenuti secondariamente tossici. L'indicazione della terapia radiante appare logica in almeno quattro evenienze: *a*) nei casi classici di Basedow, coadiuvata dalla cura dietetico medicamentosa; *b*) in tutti i casi nei quali la cura chirurgica sia controindicata; *c*) nelle forme parabasedoviane; *d*) come trattamento preoperatorio in quei malati le cui condizioni impongono una procrastinazione dell'intervento. In genere in tutti i casi leggeri e iniziali, nei Basedow al di sotto dei 18 anni, nei casi inoperabili, ma non ridotti agli estremi, nelle recidive chirurgiche, il trattamento radioterapico sarà indicato. Oltre che alla Roentgenterapia diretta ghiandolare, si può ricorrere all'irradiazione del simpatico cervicale. Questo trattamento può essere vantaggiosamente associato all'irradiazione tiroidea.

Le indicazioni chirurgiche sono le seguenti: *a*) i casi in cui la roentgenterapia ha fallito; *b*) gli adenomi basedovificati; *c*) i casi a evoluzione rapida; *d*) tutte le forme inveterate. L'A. discute in seguito la quistione della genesi delle aderenze post-attiniche e ne mette in dubbio la reale esistenza. Espone poi i differenti metodi di irradiazione in uso nelle differenti scuole e le tecniche da lui adottate che si hanno sull'irradiazione simultanea della tiroide e del simpatico cervicale, con modalità varie a seconda dello stadio della malattia e delle varietà cliniche. L'A. espone infine i risultati comparativi del trattamento chirurgico e radiologico. I risultati della cura radiologica parlano in media, secondo le varie casistiche, dell'80 % di guarigioni o di, almeno notevoli, miglioramenti. Questa cifra è di poco inferiore a quella delle statistiche chirurgiche. La stragrande maggioranza dei risultati positivi con la roentgenterapia viene riferita nei casi iniziali della malattia e questa è, secondo l'A., una buona ragione per sostituire all'operazione precoce la radiografia precoce RUBEGNI.

Propionato di testosterone e lattazione.

P. Cattaneo (*La Clinica ostetrica*, nov. 1939) ha eseguito delle ricerche sperimentali sull'azione dell'ormone maschile sintetico sulla funzione genitale femminile. Risulta che esso induce delle modificazioni di carattere permanente, nel senso di ridurre la fecondità e di sopprimere la funzione mammaria, anche a distanza di tempo, cioè dopo un ulteriore parto. Il suo uso, quindi, per far cessare la secrezione lattea va sconsigliato, perchè capace di apportare danni permanenti alle funzioni di maternità. *fil.*

SEMEIOTICA

Il segno dell'abbassamento del braccio come sintoma di paresi minime.

O. Fischer (*Schweiz. med. Wochens.*, 16 novembre 1939) ha trovato un nuovo sintoma, che sta ad indicare delle paresi minime non ancora rivelate con i metodi consueti. Esso consiste nel fatto che il braccio paretico si eleva più lentamente e si abbassa pure più lentamente.

Si mette il paziente in posizione supina orizzontale e gli si ordina di alzare — ad occhi chiusi — lentamente (in 6-8 secondi) fino alla verticale, ambe le braccia; raggiunta la verticale, si correggono le eventuali differenze di posizione, si lasciano le braccia alte per alcuni secondi e poi si ordina di abbassarle entrambe pure con la stessa lentezza. Nel tempo dell'elevazione, il braccio paretico rimane indietro e si alza un po' meno; nel tempo dell'abbassamento, si abbassa più lentamente e si porta meno in basso. Si sommano le differenze così trovate; sono sufficienti 1-2 cm. per indicare l'esistenza di una paresi. La prova può essere fatta anche in posizione eretta ed allora l'osservazione si farà nella direzione frontale ed in quella sagittale.

Il segno ha valore soprattutto come indice dell'affezione di un emisfero cerebrale e compare prima della perdita del riflesso addominale. L'A. è tanto sicuro del significato del suo sintoma che ritiene che la sua assenza possa costituire un segno chiaro di simulazione. *fil.*

LABORATORIO

La reazione di Millon dell'urina e sue modificazioni in seguito a somministrazione di tirosina.

K. Felix e I. di Marco (*Kolloid-Zeitschrift*, 89, 2, 1939) rilevano che la reazione di Millon dell'urina è dovuta principalmente ai fenoli degli alimenti e ai prodotti che derivano dalla scomposizione della tirosina nel tratto intestinale.

Nei conigli l'intensità di questa reazione colorata corrisponde in media a 40 mg. di tirosina, nell'uomo sano a 90-120 mg. di tirosina.

Somministrando ai conigli per mezzo di una sonda gastrica da 2 a 5 grammi di tirosina, l'intensità della reazione di Millon nelle prime 24 ore aumenta di più con la dl-tirosina (venendo a corrispondere a circa 200-400 mg. di tirosina) che non con la l-tirosina (che dà un corrispettivo in tirosina di 50-64 mg.).

Analoghi risultati si hanno nell'uomo con fegato integro. Il dl-aminoacido, al contrario

della forma naturale levogira, viene metabolizzato ogni volta in maniera imperfetta.

In queste prove la reazione di Millon è condizionata per lo meno dalla presenza di due sostanze: la tirosina eliminata come tale, e un derivato intermedio eterosolubile come l'acido p-ossifenilpiruvico o l'acido p-ossifenillattico. La parte eterosolubile contribuisce alla reazioné totale di Millon in misura del 10-25 %. Dopo somministrazione di dl-tirosina il valore assoluto di questa frazione sale in alto grado, il valore percentuale appena. In una esperienza si è potuto isolare il dinitrofenilidrazione dell'acido p-ossifenilpiruvico.

La l-tirosina ha scarsa influenza sulle sostanze eterosolubili della Millon, e in queste piove non si è potuto trovare alcuna idrazione.

È stato in questa maniera confermato il reperto conseguito con poltiglia di fegato, secondo il quale solo la tirosina destrogira può fornire apprezzabilmente l'acido p-ossifenilpiruvico.

Due pazienti con ittero hanno eliminato dopo somministrazione di 5 g. di dl-tirosina più sostanze eterosolubili che non i soggetti normali.

Poichè a livello del fegato vengono demoliti la tirosina in massima parte e l'acido p-ossifenilpiruvico in modo esclusivo, in base a queste esperienze è possibile forse creare una prova di funzionalità specifica del fegato.

a. p.

MEDICINA SCIENTIFICA

Leucocitosi sperimentale nell'uomo.

Molti studi sono stati fatti su questo argomento dalla fine del diciannovesimo secolo. Però il maggior numero di lavori è stato fatto sugli animali.

Recentemente si è considerato l'acido nucleinico e i suoi derivati come stimolanti del midollo osseo e questa concezione è sostenuta dalla presenza di nucleotide nel sangue circolante, trovata dal Jackson nel 1924.

Che l'acido nucleinico e i suoi derivati producano marcata leucocitosi è cosa certa. Si discute sul meccanismo di azione. Alcuni sostengono che si tratti non di una stimolazione dei leucociti ma solo di una modificazione della distribuzione dei leucociti nel circolo sanguigno, altri invece che si tratti di vera stimolazione.

A favore di quest'ultima ipotesi ci sono le osservazioni di Doan e collaboratori, i quali negli animali hanno notato, dopo iniezione di acido nucleinico, leucopenia con aumento dei leucociti nella milza durante la prima ora. Successivamente si ha leucocitosi neutrofila polimorfonucleata. Secondo Doan e collaboratori ci sono due fattori che regolano quest'azione: uno chemiotattico e uno di accrescimento dei leucociti.

N. G. Nordenson (*The Quarterly Journ. of medic.*, ottobre 1939) ha ripetuto questi esperimenti sull'uomo. Furono fatti 59 esperimenti su 43 malati ricoverati in ospedale. I malati furono divisi in quattro gruppi: ammalati di anemia secondaria con infezioni leggere senza deviazione a sinistra della formula leucocitaria, ammalati come i precedenti con deviazione a sinistra, e malati di anemia perniciosa in periodo di remissione.

Il nucleinato di sodio e il pentosio nucleotide dà leucocitosi neutrofila periferica continua, con accelerazione della maturazione delle cellule granulari del midollo osseo, ma solo se il midollo non è stato precedentemente danneggiato, caso nel quale non si ha nessuna modificazione.

È bene fare ricerche per accertare l'importanza dell'acido nucleinico nella cura dell'agranulosi.

L.

VARIA

L'aeroplano nella cura della pertosse.

Si è molto parlato dei buoni effetti dei viaggi in aeroplano sulla pertosse. Kujath, in una comunicazione alla Società pediatrica di Berlino (*Klin. Wochens*, 1º agosto 1939) ha riferito su prove fatte su 31 bambini, di cui 14 poppanti (5 dei quali sotto 6 mesi), 11 da 1 a 3 anni e 6 di 3-7. Il trattamento ebbe luogo nello stato convulsivo, portando i bambini a 3500 m. per 1 ora ed usando trimotori chiusi. In tutti i bambini, si ebbe una modica dispnea; la frequenza del polso salì generalmente fino a 160; raramente si ebbero accessi di tosse durante il volo. Nessun effetto dannoso. Però, anche scarsi effetti terapeutici, perchè soltanto in 3 si ebbe una diminuzione degli accessi. I successi vantati da altri sono probabilmente da attribuirsi ad influenze psichiche. Inoltre, il costo di tale cura la rende, nella maggior parte dei casi, proibitiva.

fil.

Indice morfologico.

Pasteur (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, luglio 1939) fa una comunicazione sulla morfologia dell'uomo e il valore numerico del suo peso indice.

Questo indice serve di coefficiente comune a tutti i segmenti del corpo e permette di stabilire non solamente le loro proporzioni armoniche e le loro corrispondenze fisiologiche di lunghezza, di superficie e di volume, ma anche l'ordine e la successione dei loro diversi elementi fra di loro, il loro organo intiero e la statura. Questa sintesi numerica si estende anche completandole, spiegandole e coordinandole a tutte le misurazioni antiche e moderne, artistiche, antropologiche, giudiziarie e mediche.

S. F.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

L'azione del Ministero dell'interno per l'elevazione culturale dei Sanitari.

Allo scopo di affinare l'educazione igienica dei giovani medici provinciali aggiunti si è promosso un corso trimestrale di perfezionamento e periodicamente si invitano i più meritevoli a frequentare corsi speciali di perfezionamento e Congressi nazionali o esteri.

In tutte le provincie del Regno si svolgono da due anni corsi di aggiornamento per medici generici della durata media di 20 giorni.

Ogni cinque anni, ogni medico dipendente dalle amministrazioni provinciali e comunali deve aver partecipato almeno ad un corso durante la cui frequenza è considerato in missione.

Parimenti sono stati indetti corsi di aggiornamento per ostetriche chiamate a nuovi compiti come visitatrici domiciliari dei consultori dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia

Per i veterinari si sono promossi raduni sulla sterilità, sulla fecondazione artificiale, sull'afta, e si è contribuito alla spesa per convegni della categoria.

È stato istituito lo scorso anno presso gli Istituti d'Igiene delle RR. Università di Roma e di Firenze un corso semestrale di addestramento per ufficiali sanitari in servizio nei comuni minori.

Per favorire la preparazione dei medici che aspirano a posti di direttore sanitario di ospedale si è tenuto in Milano, presso il R. Istituto d'Igiene, un apposito corso annuale di perfezionamento in igiene e tecnica ospitaliera.

Ogni anno, sugli appositi capitoli del bilancio del Ministero dell'Interno, vengono concessi a Cliniche ed Istituti universitari contributi finanziari per studi su argomenti di indole pratica aventi attinenza con la profilassi delle malattie infettive, e vengono erogati sussidi per tirocinii pratici di addestramento nella lotta contro la tubercolosi e contro i tumori maligni.

Oltre ai corsi di aggiornamento per medici pratici e per ostetriche sopra ricordati, il Ministero dell'Interno ha messo a concorso per lo scorso anno 25 borse di L. 1000 ciascuna, tra i medici delle provincie con più alta mortalità infantile, che accettino di frequentare per un mese almeno una delle Cliniche universitarie dei consultori pediatrici dell'O.N.M.I. designati.

A favore del personale sanitario ausiliario sono stati promossi progetti di nuove Scuole-convitto per infermiere in molte città d'Italia.

È stato infine creato il « Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno » che si pubblica ogni quattro mesi allo scopo di portare a conoscenza dei dirigenti i servizi sanitari periferici le direttive emanate dal Ministero per la tutela della salute pubblica perchè trovino sollecita ed intelligente attuazione.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ANCONA. *Ospedale civile Umberto I.* — Tre assistenti medico-chirurgi; scad. ore 18 del 15 genn.; tassa L. 50, 20; età limite anni 30 al 10 dic.; stip. L. 3149,80, alloggio, indenn. giornaliera di vitto in L. 12,55 nette, vitto in natura nei giorni di guardia, compartecipaz. Titoli ed esami. Nomina per un biennio.

AVERSA (*Napoli*). *R. Ospedale psichiatrico.* — Direttore sanitario; titoli scientifici e pratici; scad. 1 marzo, ore 13; stip. L. 15.000 e 3 quadrienni di L. 1200, indenn. serv. att. L. 3000. Tassa L. 50. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

CHIETI. *Consorzio prov. antituberc.* — Due medici direttori delle Sezioni dispensariali d'igiene sociale di Isonio ed Atessa; titoli ed esami; stip. L. 7558,25 e 4 quinquenni decimo, indennità missione; servizi per almeno 2 ore al giorno per 3 giorni della settimana; è consentito il libero esercizio. Età limite 40 a. al 12 dic. Scad. ore 12 del 20 febbr.

CUNEO. *Amm. Prov.* — Medico di sezione di seconda classe presso l'Ospedale neuropsichiatrico prov. con sede a Racconigi; scad. 31 genn.; stip. L. 13.118 oltre supplem. serv. att. L. 2502 e c. v.; 2 quadrienni di L. 600 e 900; età 21-35 a., s. e. l.; tassa L. 50.

NARNI (*Terni*). *L'Ospedale Civile* assumerebbe subito interinalmente, in attesa di regolare concorso, aiuto chirurgo buona pratica. Stipendio annuo lire 8879,15 al lordo ritenute di legge e compartecipazione del 15 % sulle operazioni radiografie dei paganti in proprio, più vitto ed alloggio in Ospedale.

Inviare domanda et curriculum all'Amministrazione dell'Ospedale Civile Narni (Terni).

PALERMO. *R. Prefettura.* — Due medici scolastici; L. 11.600 e 3 quadrienni di L. 600, 700 e 800; indenn. serv. att. L. 2800; indenn. di giro L. 1500; c. v. Scad. ore 19 del 10 febbr.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di Riparto: Falconara Marittima I, Fano II, Foligno I, Fossacesia, Paganica, Passignano sul Trasimeno, Piediluco, Roseto degli Abruzzi, Senigallia, Varano (Ancona); Adria II, Arquà, Cotignola, Mercatale di Vernio, Piacenza II, Polesella, Sossano (Bologna); Mores, Sassari II (Cagliari); Messina I (Catania); Asciano (Firenze); Foggia IV, Foggia V, Foggia VI, Foggia VII, Lesina (Foggia); Cassano Spinola, Genova III, Genova IV, Genova IX, Monterosso, Novi Ligure II, Olivetta S. Michele, Ronco, Villalvernia (Genova); Broni Castellucchio, Cremona III, Crescenzago, Dervio, Domodossola I, Ghedi, Mandello del Lario, Milano X, Parabiago, Porto Valtravaglia, Preglia, Villanova d'Arda (Milano); Avellino II, Pagani Scafati, S. Maria Capua Vetere II (Napoli); Agrigento I, Agrigento II, Alcamo II, Bolognetta, Campofranco, Canicattì IV, Castellammare del Golfo, Cinisi Terrasini, Mazara del Vallo, Montallegro, Partanna, Spadafora, Vallelun-

ga II, Vittoria I (Palermo); Arcola, Campiglia Marittima, Monte Amiata, Montepescali, Ozzano Taro, Pisa II, Pisa V (Pisa); Acquappesa, Agropoli. Bovalino, Catanzaro Marina II, Melito Porto Salvo II, Montalbano Jonico, Montegiordano, Palizzi, Reggio Calabria I, Reggio Calabria II (Reggio Calabria); Alviano, Castel di Sangro, Ceprano II, Ciampino, Cineto Romano, Ferentino, Ficulle II, Frosinone, Orvieto, Prezza, Priverno, S. Marinella Sgurgola (Roma); Borgo S. Dalmazzo, Cantalupo, Castel d'Agogna, Chiomonte, Dronero, Moncalvo, Novara II, Novara III, Ormea, Ponzana, Rione Cristo, Tenda, Tromello, Valle, Vigevano (Torino); Avio, Campo Tures, Colle Isarco, Grigno, Rio di Pusteria, Valdaora (Trento); Gorizia Centrale, Malborghetto, Moggio, Trieste II (Trieste); Bassano del Grappa, Montebello Vicentino, Venezia Carpenedo (Venezia).

Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentisi). Scadenza ore 17 del 31 gennaio 1940-XVIII.

Roma. *Ente nazionale fascista per l'assistenza alla gente di mare.* — 14 posti di medico direttore dei Dispensari antivenerei di porti del Regno; assegni annui di L. 5000-9000. Scad. 19 genn. Indicare il posto. Rivolgersi all'Ente via Boncompagni 19.

Rovigo. *R. Prefettura.* — Direttore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. d'igiene e profilassi; stip. L. 16.000 e 5 aumenti del decimo compresi in 20 anni, indenn. carica L. 1500, c. v. Scad. ore 18 del 15 febbr. Titoli ed esami. Sono escluse le donne.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il prof. Pietro Sisto, direttore dell'Istituto di patologia medica e metodologia clinica della R. Università di Torino, è stato nominato membro del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il dott. Maurice De Laet, professore all'Università di Bruxelles, direttore generale al Ministero della Sanità Pubblica del Belgio, è stato nominato membro corrispondente dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Ricompense al valor militare

Bossonetto Antonio di Giacomo e di Genotti Margherita, da Aosta, capomanipolo medico 2° reggimento fanteria "Frecce Azzurre": « Capomanipolo dirigente il servizio sanitario di un reggimento di fanteria, già decorato di due medaglie d'argento al valor militare, animato e sorretto dalla fede più calda e da entusistico ardore combattivo, abbinava sulle primissime linee del campo di battaglia l'azione del medico con quella di combattente, destando in tutti ammirazione e rispetto per la sua figura leggendaria e mistica. In un aspro sanguinoso combattimento, visti passare dal posto di medicazione molti ufficiali feriti, si portava in primissima linea con i fanti dove riteneva di poter svolgere anche opera di combattente. Coinvolto in un contrattacco nemico ed in una lotta a corpo a corpo, si pose alla testa di due plotoni rimasti privi di ufficiali, animò e trascinò con l'esempio ed il suo ardore i soldati fino a ricacciare il nemico e raggiungere la posizione stabilita. Ferito al petto da una raffica di mitragliatrice e rimasto privo di parola, faceva segno con la mano ai soldati che lo reggevano di non occuparsi di lui ed indicava col dito e con lo sguardo il trincerone da raggiungere, che costituiva il loro obiettivo ». Strada Pauls-Cherta-Tortosa, 16 aprile 1938-XVI.

Bertini Mario, capomanipolo medico 2° gruppo banderas: « Ufficiale medico di battaglione, essendo già tutti impegnati i portaferiti, dopo aver esclamato "laggiù c'è un altro ferito, ed io cosa sto a fare qui? ", volle portarsi personalmente in suo soccorso pur dovendo attraversare una zona violentemente battuta da mitragliatrici e da cannoni di carri armati. Mentre stava per raggiungere il suo intento cadeva colpito a morte da un raffica di mitraglitrice. Magnifico esempio di altissimo senso del dovere militare e professionale ». Bosto di Bhihuega, 14 marzo 1937-XV.

NOTIZIE DIVERSE

Scuola medica clinico-ospitaliera di Roma.

La Scuola Medica Clinico Ospitaliera di Roma ha pubblicato i programmi di alcuni dei corsi speciali di aggiornamento ed integrazione che saranno svolti durante il presente anno scolastico. E precisamente di Ostetricia Ginecologia (7-17 febbraio), Pediatria (19 febbraio-9 marzo), Diagnostica e terapia delle malattie dell'apparato digerente (28 febbraio-21 marzo), Dermosifilopatica (28 marzo-10 aprile), Otorinolaringologia (1-13 luglio).

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola, Policlinico Umberto I.

Centro di studi d'igiene e fisiopatologia rurale a Perugia.

Conformemente al voto espresso dal Convegno dei Medici della Mutua dell'Agricoltura, tenutosi a Perugia nel settembre scorso, in occasione della Prima Mostra della Casa Rurale, si è costituito nella detta città un centro di studi di igiene e fisiopatologia del rurale sotto gli auspici della R. Università degli Studi, del Sindacato Medici e della Mutua Malattie Lavoratori Agricoli. Nel corso di apposita riunione presieduta dal Prefetto, sono stati fissati gli elementi fondamentali che informeranno la vita e l'attività del Centro, alla cui opera sarà dato immediato inizio.

Rapporti fra Italia e Portogallo nel campo delle scienze mediche.

Molti giornali italiani hanno pubblicato una notizia, proveniente da Lisbona, nei seguenti termini:

« Nel "Diario de Noticias" di Lisbona è apparso un lungo articolo dell'Ambasciatore a Roma Alberto de Oliveira su "Il Portogallo e l'Accademia d'Italia ".

« Con molto calore S .E. De Oliveira ha trattato per i lettori della Nazione amica dell'opera dedicata alle relazioni italo-lusitane che la Reale Accademia d'Italia sta preparando per il "doppio centenario" del 1940, nonchè dei sentimenti di amicizia per il latino Portogallo nutriti dagli accademici italiani e in particolare dal loro presidente Luigi Federzoni ».

L'opera che la Reale Accademia d'Italia sta per pubblicare, dedicata alle relazioni italo-lusitane, avrà la collaborazione di molte personalità italiane, le quali tratteranno i vari aspetti delle relazioni tra Italia e Portogallo attraverso i secoli.

Nella grande opera, che susciterà indubbiamente il più vivo interesse, non mancherà la trattazione dei rapporti italo-lusitani per quanto riguarda lo scambio della cultura medica, che fu anche nei secoli scorsi tutt'altro che insignificante.

Segnalazioni.

Dopo « L'arte di convitare » e dopo « Il Gatto » del dottor Rajberti, di cui la « S. A. Farmaceutici Italia » fece negli ultimi anni omaggio alla classe medica italiana, la Ditta stessa quest'anno offre il terzo libro del medico umorista: « Il Viaggio di un Ignorante », vera ricetta per gli ipocondriaci, come lo stesso autore definisce con sottotitolo il suo volume.

L'arguzia e l'umorismo sono scintillanti in questo libro, come e più che nei precedenti e siamo certi che il medico, dopo una giornata di assiduo e preoccupante lavoro, troverà riposo alla mente e letizia all'animo nello scorrere le brillanti pagine del collega ottocentista.

La morte d'un ufficiale medico austriaco insignito d'una ricompensa della Croce Rossa Italiana.

Si ha notizia da Vienna, 20 dic., che è deceduto a Linz il dottore Hans Steinmaurer, ex Ufficiale medico austriaco durante la grande guerra, il quale lungamente esplicò la sua opera di medico e di apostolo in uno dei campi di prigionieri italiani più grandi e più malfamati: quello di Mauthausen. Gli fu accanto, nell'opera pietosa, un valorosissimo chirurgo nostro, il prof. Mauro, che si prodigò sempre fieramente nelle opere di bene e nella tutela dei nostri interessi.

Medico di grande valore e di eccezionale cultura, il dott. S. seppe elevare l'animo oltre ogni odio, oltre ogni rancore, tanto da conquistarsi le simpatie di tutti i prigionieri italiani (oltre ventimila) che ebbero le sue cure. Tutti sono rimasti assai grati a questo medico, il cui ricordo è ben vivo in quanti furono « ospiti » in un campo di prigionieri di guerra in Austria. Non solo egli fu il sanitario valoroso ed affettuoso, ma il difensore mai stanco dei nostri feriti, non permettendo mai, pur tra difficoltà incredibili, che essi fossero malmenati e venissero defraudati della esiguissima refezione loro assegnata.

La Croce Rossa Italiana, con atto di veramente superiore giustizia ed equità, esempio unico al mondo, aveva conferito a questo ufficiale militante in campo avverso, la medaglia di argento al merito, con la seguente motivazione: « Animato da nobili ed elevati sentimenti civili ed umanitari, medico di grande perizia, addetto al Campo Austriaco di Concentramento di Mauthausen, svolse opera di efficace e pietosa assistenza a favore dei prigionieri di guerra italiani malati e feriti ivi raccolti, riuscendo ad alleviare le sofferenze della dura prigionia, meritando dai beneficati gratitudine. Eccezionale esempio di apostolato nell'asserzione dei più alti principii di umanità e pietà civile. (Guerra 1915-1918) ».

Con l'occasione si possono ricordare anche altri colleghi, allora austriaci, ma molto umani con i nostri feriti ed ammalati: il dott. Franz Zupan di Lubiana, il dott. Giuseppe Lackmann di Trento, il dott. Sfarcic dell'isola di Brazzà: il primo nell'Ospedale del Castello di Lubiana, gli altri due nei Reparti di medicina dell'ospedale di Mauthausen.

G. P.

Notizie sanitarie di guerra.

« L'Hôpital » ha iniziato la pubblicazione di un polilessico medico, necessario per intendersi tra medici inglesi, francesi e polacchi sul fronte franco-tedesco. Il fascicolo di novembre riguarda l'interrogatorio in lingua inglese. Il numero successivo conterrà traduzioni di frasi e termini dal polacco.

Presso Marsiglia era stato costruito il sanatorio del « Petit Artois », che ancora non funzionava. La necessità di evacuare alcuni ospedali, divenuti formazioni militari, ha indotto a trasformare il sanatorio in ospedale medico-chirurgico generale.

Alla direzione del Servizio di sanità presso il Ministero francese della guerra è stato chiamato il generale medico Maisonet.

Il Comitato medico della Camera dei Comuni si è occupato del lavoro delle donne nell'industria durante la guerra, allo scopo di tutelare la salute di esse.

Un po' dovunque.

Il sen. Raffaele Bastianelli, commissario ministeriale del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, preoccupandosi delle ripercussioni nel pubblico non tecnico di tutte le notizie che riguardano nuove terapie, specie di malattie gravi e diffuse, ha creduto opportuno richiamarvi l'attenzione del Ministro della Cultura Popolare, proponendo che « ogni divulgazione di notizie di guarigione e cura delle malattie e specialmente della tubercolosi e del cancro, da fare nella stampa politica quotidiana, non sanitaria, debba essere sottoposta al controllo ed all'approvazione della Direzione generale della Sanità Pubblica, alla cui attività anche in questo campo ed a questo scopo potrebbe proficuamente collaborare il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici ».

Il Ministero dell'Interno ha predisposto uno schema di R. decreto che determina le mansioni di competenza delle infermiere diplomate e degli infermieri generici d'ambo i sessi, muniti della licenza o dell'attestato di abilitazione.

Il Prefetto di Bologna ha visitato la Clinica medica e l'Istituto del radio; in quest'ultimo ha presenziato la scoperta di una lapide a Luigi Galvani, cui l'Istituto è intitolato.

Si è tenuta ad Asmara una riunione di medici sportivi; è stato disposto di formare una commissione medica di specialisti, per la compilazione di schede individuali di valutazione fisica degli atleti e di istituire piccole infermerie pel pronto soccorso, presso ogni campo sportivo. Il servizio medico, ad ogni riunione sportiva, sarà predisposto dal fiduciario della Federazione Medica Sportiva dell'Impero (F.M.S.I.).

Presso gli Istituti Ospedalieri di Milano avrà sede un « Centro Lombardo dell'Accademia di Storia dell'Arte sanitaria »,, del quale si sono poste le basi il 14 dicembre u. s.

Il fascicolo del 2 dicembre dello « Scalpel » è destinato alle sinusiti.

Abbonamenti cumulativi con "Il POLICLINICO„ per il 1940

Tre Riviste di branche speciali della medicina pubblicate dall'editore LUIGI POZZI - ROMA

concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO„ per l'anno 1940.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1939 di qualsiasi delle tre seguenti Riviste, **di nostra edizione**, di speciali branche della medicina e chirurgia, alle condizioni qui sotto indicate in ciascuna delle stesse e cioè:

CUORE E CIRCOLAZIONE

periodico mensile illustrato diretto da CESARE FRUGONI, Clinico Medico di Roma
Redattori Capo: Prof. CESARE PEZZI, Milano; Prof. GINO MELDOLESI, Catania.
Redattore-Segretario: Prof. A. POZZI.

Ogni fascicolo si compone di 48-56 pagine di testo distinto in 3 parti: a) Lavori originali, lezioni e conferenze; b) I periodici specializzati; c) Tra le Riviste ed i congressi; d) Notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: **Italia L. 50; Estero L. 65; Un num. sep. L. 6,50; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 45; Estero L. 60**

N. B. — I nuovi abbonati del 1940 possono ottenere le ultime cinque annate (1935 a 1939 incluse) che costano L. **250**, per sole L. **190** in Italia e per sole L. **265** all'Estero.

LA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA

Rivista mensile per i Medici pratici

diretta da PAOLO GAIFAMI Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nell'Università di Roma

Ogni fascicolo si compone di 48-64 pagine di testo distinto in 3 parti: a) Lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) Recensioni quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: **Italia L. 50; Estero L. 65; Un num. sep. L. 6.50; Per gli assoc. al Policlinico; Italia L. 45; Estero L. 60**

N. B. — I nuovi abbonati del 1940 possono ottenere le ultime cinque annate (1935 a 1939 incluse) che costano L. **250**, per sole L. **190** in Italia e per sole L. **265** all'Estero.

IL VALSALVA **Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria**

Fondata da GUGLIELMO BILANCIONI

Direttore: Prof. ARNALDO MALAN, Clinico Oto-Rino-Laringoiatra di Torino. — Redattore capo: Prof. DONATO DI VESTEA, Roma.

Questa Rivista, che è ormai al tredicesimo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce negli Ospedali, nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: **Italia L. 60; Estero L. 80; Un num. sep. L. 6,50; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 54; Estero L. 75**

N. B. — I nuovi abbonati del 1940 possono ottenere le ultime cinque annate (1935 a 1939 incluse) che costano L. **300**, per sole L. **240** in Italia e per sole L. **325** all'Estero.

Altre Riviste, non di nostra edizione, concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO„ pel 1940

RIVISTA DI MALARIOLOGIA

Periodico diretto dal Prof. G. SANARELLI

con la collaborazione di G. Alessandrini, M. Ascoli, M. A. Barber, A. Barbieri, C. C. Bass, G. Bastianelli, M. F. Boyd, F. Brumpt, J. P. Cardamatis, A. Castellani, M. Ciuca, V. Chorine, R. S. Christophers, G. Covell, A. Ejercito, G. Escalar, D. Falleroni, C. Fermi, G. Giesmsa, B. Gosio, R. Green, L. W. Hackett, X. Henry, S. P. James, W. Kikuth, A. Labranca, L. La Face, G. Lega, C. Manalang, P. Manson-Bahr, E. Marchoux, E. Martini, B. Mayne, S. Mazza, A. Missiroli, S. C. H. Morin, P. Mühlens, B. Nocht, U. Owen, E. J. Pampana, C. de Souza Pinto, T. Pontano, G. Raffaele, J. Rodhain, E. Roubaud, P. F. Russell, S. Schlling, W. Schüffner, W. Schuleman, J. Schwetz, M. Sella, R. Senior-White, Ed. e Et. Sergent, A. J. Sinton, R. Soesilo, C. Strickland, N. H. Swellengrebel, W. Taliaferro.

Redattore Capo: Dott. L. VERNEY

Organo Ufficiale della « Società per gli Studi della Malaria ».

Il periodico è diviso in due parti. La 1ª parte (Archivio) consta di sei fascicoli, destinati ai lavori originali ed alle relazioni. La 2ª parte (Rassegna) risulta di due fascicoli, destinati alle recensioni (sintetiche ed analitiche) ed alle informazioni varie (atti ufficiali, notizie).
Abbonamento annuo: Italia L. **60**, Estero L. **100**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **54**, Estero L. **90**.

ANNALI D'IGIENE

Pubblicazione mensile diretta dal Prof. G. SANARELLI

con la collaborazione di: A. Alessandrini (Roma) - A. Azzi (Torino) - E. Bertarelli (Pavia) - G. Brotzu (Cagliari) - O. Casagrandi (Padova) - A. Castellani (Roma-New Orleans) - R. Cimmino (Napoli) - D. De Blasi (Roma) - E. Di Mattei (Catania) - C. Fermi (Sassari) - G. Ficai (Arezzo) - A. Filippini (Roma) - C. Gorini (Milano) - B. Gosio (Roma) - A. Maggiora Vergano (Torino) - R. Maggiora Vergano (Roma) - L. Manfredi (Palermo) - M. Mazzeo (Napoli) - A. Missiroli (Roma) - F. Neri (Bologna) - A. Niceforo (Roma) - G. Pecori (Roma) - N. Pende (Roma) - V. Puntoni (Roma) - E. Ronzani (Milano) - R. Ruata (Roma) - F. Sanfelice (Pisa) - G. Sangiorgi (Bari) - A. Scala (Roma) - V. Vanni (Roma) - G. Volpino (Messina) - A. Zironi (Milano).

Redattore Capo: Dott. L. VERNEY

Il periodico accoglie *memorie originali, studi riassuntivi, questioni del giorno* e una copiosa rubrica di *recensioni*, che rispecchiano tutto il movimento igienico internazionale; reca informazioni di *legislazione, amministrazione e giurisprudenza sanitaria* e *notizie varie*.
Abbonamento annuo: Italia L. **70**, Estero L. **120**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **64**, Estero L. **110**. Ai medici condotti associati al « Policlinico » gli « Annali d'Igiene » sono offerti al prezzo di favore di L. **60**. Rivolgersi *esclusivamente* all'Amministrazione del Giornale « Il Policlinico », via Sistina 14, Roma.

L'ATTUALITA' MEDICA

Pubblicazione mensile: complemento di tutti gli altri periodici sanitari (Direzione: G. Sanarelli; redazione: L. Verney). Abbonamento a sè: Italia L. **22,50**. Estero L. **40**: per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **15**. Estero L. **30**.

Per abbonarsi inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario alla Ditta LUIGI POZZI editore, Via Sistina 14 - ROMA.

Ai già abbonati del 1939 a queste Riviste rivolgiamo preghiere di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo pel 1940 per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Med. Klin., 11 ag. — HOEDE. La cosmetica all'ambulatorio del medico. — GILLERT. Tossicologia dell'asma chimico.

J. sc. méd. Lille, 20 ag. — BUISINE. La blebite blu nella polmonite.

Med. Welt., 19 ag. — BOEHNCKE. Diagnosi e terapia del piloro-spasmo.

Deut. Med. Wochens., 18 ag. — ROGGENBAU. I nuovi metodi di trattam. della schizofrenia. — GILDERNEISTER. La sieroterapia della poliomielite.

Z. f. Tbk, ag. — SADOWSKI. Punti di attacco principali nella lotta contro la tub.

Bruxelles méd., 20 ag. — MALDAGNE. Il lattosiero per iniezioni nel morbo di Still.

Scalpel, 19 ag. — REUBENS e LAMBERT. Meccanismo d'azione della trasfusione.

Presse méd., 19 ag. — CHIRAT e CHÈNE. L'amebiasi misconosciuta in Francia.

Med. Klin., 18 ag. — OBERNIEDERMAYR. Trattamento dell'osteomielite acuta. — BAUMECKER. Movimento e riposo come mezzi terap. e dannosi in chirurgia.

Ac. méd., 25 lug. — DANIEL BRUNET e OLIVIERO. Le foglie d'olivo come ipotensivo.

Lancet, 14 ag. — RYLE. Neurosi viscerali. — ALEXANDER ed al. Effetti tardivi dell'esposizione all'anidride carbonica.

British Med. Journ. — ROGERS. Scelta del trattamento delle varici. — RAMSAY. Disturbi nervosi dopo lesioni.

Arch. It. di Chir., giu. — F. VACCARI. Chirurgia della calcolosi del coledoco. — O. BETTO. Ernia lipomatosa della linea alba.

Arch. It. Mal. app. dig., giu. — A. BILLI. Resezioni estese del tenue. — F. MODENESI, A. R. BUSCAROLI. Nevrosi dell'esofago e dello stomaco.

Wien. Klin. Woch., 18 ag. — K. HASLINGER. Cistoscopia. — S. TAPPEINER. Tumori e nei.

Brit. Med. Journ., 26 ag. — R. M. KOBERT. Emorragia post-partum. — J. B. DYNES. Sindrome d'emicrania emiparetica alterna.

Arch. Mal. app. dig., ecc., lug. — H. G. D. FISZEL. Ipotonia. — A. C. BORGESCO e V. JONESCU-MOVILA. Lipotimia nell'appendicite cronica e latente.

Settim. Med., 20 lug. — L. ANGELINI. Il clorato di potassio nella poliomil. a. a.

Min. Med., 18 ag. — S. GABRIELLI. Sarcoma e trauma.

Meinschr. Med. Woch., 25 ag. — H. MÜLLER e H. SEIDL. Agisce il siero sulla difterite gravissima? — E. ENGELHART e E. ESCHEME. Sterilità femm.

Deut. Fed. Woch., 25 ag. — BORUMER. Dottrina della nutriz. — BAATZ. Gravidanza e carcinomi.

Giorn. di Cl. Med., 10 ag. B. NOLLI. Esploraz. funzionale del midollo osseo nelle nefriti. — F. L. BERUFFI. Eosinofilia costituzionale.

Presse Méd., 23 ag. — P. CHATAGNON e P. SCHERRER. Anoressia mentale.

Am. It. di Chir., lug. — F. GRIECO. Patogenesi della diverticolosi vescicale. — S. BISI. Trattam. chir. della suppur. polm.

Journ. A. M. A., 12 ag. — A. S. MINOT e al. Trattam. della miastenia grave. — A. OCHSNER e al. Colostomia defunzionalizzante.

Arch. Int. Med., apr. — W. W. SPINK e F. H. GRECO. La sulfamide nell'endocardite subacuta. — P. K. SMITH. Calcio e digitale. — L. WINKELMAN e A. SCHIFFMANN. Variazioni della fosfatasi.

Pediatr., ag. — P. BUONOCORE. Cirrosi epatica nell'infanzia.

Bull. Méd., 26 ag. — Neuro-psichiatria.

Acta Med. Scand., III-IV. E. JACOBSEN e A. WOLLSTEIN. Amine cefalotrope. — F. MAINZER. Pellagra. E. VERMATUREN. Plasmafosfatasi. — B. von BOUSDORFF. Cardiopatie. — ID., VI. E. KYLIN e E. DICKER. L'ipofisi nella patogenesi dell'alopecia totale. — S. WASSERMANN e H. WEBER. Angina pectoris e regolazione dei pressorecetti. — F. I. SIMON. Determinazioni della fluorescenza nell'urina.

Riv. di Pat. nerv. e ment., lug.-ag. — F. CARDONA. Istopatologia della malattia di Schilder famigliare. — G. GODINA. Struttura dell'epiphysis cerebri. — O. MALAGUZZI VALERI. Atassia cerebell. acuta.

Med. Klin., 25 ag. — J. KATHE. Febbre da fango e similari. — W. KIRCHNER. Narcosi endovenose.

Klin. Woch., 2 sett. — P. DAHR. Gruppi sanguigni. — H. J. BAUSE. Ricambio intermedio dei grassi. — A. MÜLLER. Urina itterica.

Münch. Med. Woch., 1 sett. G. LAUDES. Emorragie subaracnoidee. — A. MAHLO. Gastrite atrofica.

Journ. A. M. A., 19 ag. — L. W. SMITH e T. FAY. Temperatura, cancro e sviluppo di cellule embrionali. — S. S. RINKOFF e al. Nefrite familiare.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 22 Gennaio 1940 - XVIII Num. 3

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

R. ISTITUTO OSPEDALIERO DERMOSIFILOPATICO DI S. MARIA e S. GALLICANO IN ROMA

La sulfamido-piridina nella cura della blenorragia.

Prof. P. A. MEINERI, direttore

Sulle pagine di questa stessa rivista io ebbi occasione di segnalare i primi successi ottenuti con i sulfamidici nella blenorragia. Si era allora alle prime osservazioni e perciò i risultati venivano riferiti con tutte quelle riserve che la serietà scientifica richiede.

Quando i casi trattati raggiunsero un buon numero diedi l'incarico a Tommasi di raccoglierli, ordinarli e riferirne. Ed ancora sulle colonne di questa rivista parlammo del grande progresso che i sulfamidici avevano portato nella cura della blenorragia.

Ma poichè i danni che tali preparati potevano arrecare erano abbastanza numerosi, incaricai il Fivoli di citare le nostre osservazioni in proposito, al fine di rendere noti oltre ai vantaggi anche gli inconvenienti. Questa pubblicazione venne pure fatta su questa stessa rivista.

Oggi essendosi compiuto un altro notevole progresso, sento il dovere di riparlare ai lettori del *Policlinico* su questo argomento, per completare, per ora, le comunicazioni precedenti.

Un nuovo preparato ci hanno fornito i chimici: una associazione dei sulfamidici con la piridina (sulfamido-piridina), associazione che ha sulla sulfamide pura il vantaggio di essere meno tossica e di avere maggior efficacia terapeutica. Vantaggi, come si vede, di primo ordine, tanto che noi nella pratica abbiamo abbandonato quasi completamente i sulfamidici puri.

*
* *

Dopo i primi esperimenti fatti in Francia ed in Inghilterra con la para-amino-fenil-sulfamido-piridina (corpo 693 M. B.), i buoni risultati ottenuti richiamarono subito l'attenzione di tutti i medici. Anche noi appena avuto a disposizione un preparato del genere

ci demmo a sperimentarlo ottenendo dei successi, che, in qualche caso, possiamo veramente dire brillanti.

Il preparato che usammo e che usiamo è il Tioseptale, preparato italiano, messo largamente a nostra disposizione in tutti i quantitativi richiesti.

Dosi. Le dosi che noi abbiamo somministrate ai nostri ammalati sono quelle consigliate da autori francesi e che si dimostrarono anche a noi sufficienti e ben tollerate. In genere 18 grammi in nove giorni così distribuiti:

3 gr. (= 6 compresse) per tre giorni
2 gr. (= 4 compresse) per tre giorni
1 gr. (= 2 compresse) per tre giorni

Queste dosi raramente abbiamo aumentate o diminuite. In ogni modo non abbiamo mai sorpassata la dose massima giornaliera di tre grammi. In qualche caso, ma di rado, abbiamo ripetuto il ciclo di cura dopo un più o meno lungo intervallo di tempo.

Tolleranza. La tolleranza della sulfamidopiridina è senza confronto migliore di quella dei preparati sulfamidici puri. Ricordo solo un caso nel quale non fu possibile, dopo il primo giorno, continuare la somministrazione di tioseptale data la forte cefalea. In genere tutti sopportano bene il preparato, sebbene cefalea e nausea raramente manchino. Ma sono per solito talmente leggere da non impedire la continuazione della cura. Questi due inconvenienti si possono ridurre od eliminare somministrando il tioseptale anzichè alla dose di una o due compresse alla volta, frazionate ogni mezz'ora, e la nausea ingerendo del bicarbonato di sodio. Aggiungerò che essendo le dosi decrescenti nei giorni successivi, i disturbi, quando vi siano, si limitano ai primi giorni di cura, diminuendo o scomparendo negli ultimi.

I bambini tollerano benissimo dosi somministrate in rapporto all'età. Bambini sui dieci anni hanno tollerato senza alcun disturbo le dosi date agli adulti. Aggiungerò ancora che alcuni pazienti, malgrado i nostri consigli, hanno continuato per giorni e giorni ad ingerire del Tiospetale, superando di gran lunga le dosi da noi prescritte, senza notare alcun inconveniente. In genere dirò subito che se la quantità di medicamento di cui ho parlato non ha avuto efficacia è inutile insistere. Meglio sospendere la cura e nel caso riprenderla dopo un po' di tempo.

Risultati ottenuti. Riferisco per ora i risultati ottenuti nella blenorragia maschile acuta, cronica, e complicata, non avendo nella donna ancora raggiunto quel numero sufficiente di osservazioni necessarie. Del sesso femminile riporterò solo i risultati ottenuti nella vulvo-vaginite delle bambine.

Chi conosce questo Ospedale sa quanto grande sia il flusso di ammalati e si potrà senz'altro rendere conto come sia possibile anche in breve periodo di tempo sperimentare su molti pazienti e con varietà di localizzazioni e complicazioni.

I risultati furono in alcuni casi veramente brillanti, in ogni modo quasi sempre buoni, specialmente, dirò subito, se non si dimentica la cura locale.

Uretrite blenorragica acuta maschile. La forma che meglio si presta ad osservazioni e conclusioni sulla vera efficacia della terapia sulfamido-piridinica è appunto la blenorragia uretrale acuta, specialmente maschile. Su questa pertanto abbiamo maggiormente fissata la nostra attenzione.

Nella uretrite acuta oltre alla variazione della sintomatologia subbiettiva abbiamo la possibilità di seguire passo passo il comportarsi della secrezione, della sua trasformazione, e, quel che più conta, di osservare direttamente la evoluzione del gonococco.

Per prima cosa era da sperimentare la sulfamido-piridina da sola senza l'aiuto di alcuna cura locale per conoscere il valore suo proprio. Questo abbiamo fatto in un buon numero di malati, con risultati, in alcuni casi addirittura sorprendenti, in altri transitori ed in alcuni altri nulli.

Nei casi che ho definito sorprendenti si è potuto osservare fin dai primi giorni di terapia diminuzione rapida e quindi scomparsa della secrezione purulenta, dei fatti flogistici uretrali e prepuziali se ve ne erano, e questo avendo iniziato la cura in qualsiasi periodo dall'inizio della infezione.

Il gonococco fin dalla seconda giornata scompare dalla secrezione, oppure si riduce ad un numero piccolissimo con segni di sofferenza (ineguaglianze, deformazioni, cattiva tingibilità, ecc.). Terminato il periodo di nove giorni di cura sulfamido-piridinica abbiamo messo i pazienti in osservazione e nonostante ripetuti esami, dopo provocazioni, abbiamo dovuto constatare guarigione perfetta.

Ricordo tra gli altri un bambino di dieci anni affetto da blenorragia acuta che guarì definitivamente in pochi giorni di cura con la sulfamidopiridina, e questo rammento perchè si sa quanto sia difficoltoso il fare cure locali

nei bambini e come spesso la blenorragia si protragga per lungo tempo nonostante tutte le nostre diligenze terapeutiche.

È dunque assodato che si può ottenere con la sola ingestione di sulfamido-piridina guarigione completa della uretrite blenorragica acuta.

Queste guarigioni non sono certo poca cosa. Sono risultati che anche i più ottimisti non avrebbero pensato di poter ottenere dopo tanti e tanti tentativi infruttuosi fatti per anni ed anni. Poter ottenere guarigione della blenorragia acuta in pochissimi giorni con la semplice ingestione di poche compresse è certo cosa meravigliosa non solo per l'individuo ma anche ai fini della profilassi. Peccato che questi risultati non si ottengono sempre.

Vi sono, ho detto, dei casi con guarigione apparente, cioè quelli sui quali la sulfamido-piridina fa scomparire la sintomatologia subbiettiva, la secrezione, ma nei quali secrezione e gonococco riappaiono dopo qualche giorno dalla sospensione della cura. E si noti che in questi casi è quasi sempre inutile ridare ancora altra sulfamido-piridina, la quale non riuscirà più efficace di prima.

Questi risultati sono purtroppo i più pericolosi ed infidi perchè illudono il malato, che ritenendosi guarito sfugge alla osservazione del medico ritorna ad essere contagiante, e dopo breve tempo avrà forse delle complicazioni.

Vi sono infine dei casi nei quali la sulfamidopiridina non dimostra alcuna azione curativa. Ricordo tra gli altri due individui nei quali la sintomatologia subbiettiva e la secrezione continuarono ad aumentare tanto chè l'uretrite da anteriore passò posteriore come se nessuna cura fosse stata fatta. Questi casi sono veramente in minore percentuale ma tali da farci stare molto oculati nella esecuzione di queste cure.

Ora di fronte a questi risultati brillanti, parziali, nulli ottenuti con la sola somministrazione di sulfamido-piridina quale è la più logica conclusione? Che sebbene questo medicamento costituisca un progresso senza pari è tuttavia non costante nella sua efficacia, e che pertanto è necessario unire ad esso le solite cure locali, con schizzetti o lavaggi uretro-vescicali a secondo che la blenorragia è anteriore o posteriore.

Questa combinazione di cura noi abbiamo sperimentato in molti casi con risultati veramente eccezionali e con una percentuale che si avvicina alla assoluta, tanto che crediamo di dover consigliare sempre questa cura associata.

La media delle guarigioni avviene in quindici o venti giorni, col grande vantaggio di beneficare molti infermi, e sopratutto di salvarli dalle complicazioni.

Ma se si riesce a guarire in un dato numero di casi in cinque, sei giorni, la blenorragia acuta con la sola sulfamido-piridina perchè non sperimentare in tutti questa sola cura e poi nei soli resistenti fare la terapia locale? Questa è difatti una pratica che a tutta prima potrebbe parere logica e che fu consigliata da qualche autore. Per me è il consiglio più illogico che si possa dare.

Se noi sapessimo quale dei nostri malati guarisce con la sola sulfamido-piridina la cosa potrebbe andare; ma siccome siamo completamente all'oscuro dei risultati che si otterranno, non solo, ma sappiamo inoltre che parecchi casi ci danno la illusione della guarigione, noi non dobbiamo per un esito limitato venir a danneggiare molti malati i quali dalla cura mista ritrarrebbero ottimo vantaggio. È vero che così facendo noi faremo qualche lavaggio o schizzetto inutile; ma nulla è questo di fronte al maggior numero dei malati che beneficheremo realmente.

In ogni modo quando si pensi che con questa cura associata noi veniamo a guarire entro una ventina di giorni una blenorragia, che per solito durava da uno a due mesi e soprattutto che veniamo così ad evitare le complicazioni, noi non possiamo che essere contenti dei risultati.

Uretrite blenorragica cronica. La blenorragia cronica fu quella che ci ha dato le migliori sorprese con la introduzione dei sulfamidici, non tanto forse per i risultati in sè quanto soprattutto per il confronto con ciò che si era abituati ad osservare in precedenza con le cure a nostra disposizione. La sulfamido-piridina anche in questo settore ci ha portato dei progressi notevoli per rapidità di successo e per maggior numero di beneficati. È certo cosa sorprendente vedere degli individui con forme croniche nelle quali nessuna terapia era mai riuscita a portare, non dico guarigione, ma nessun miglioramento, in pochi giorni guarire della sintomatologia subbiettiva ed oggettiva. Ma anche qui i risultati non sono sempre costanti. Accanto a guarigioni brillantissime abbiamo avuto degli insuccessi. Ed è da notare che se la sulfamido-piridina non agisce nelle dosi di cui ho parlato precedentemente è inutile

insistere perchè per solito non si riesce ad ottenere alcun vantaggio maggiore.

Anche in questa forma come già nella acuta è bene fare insieme alla cura sulfamidopiridinica anche le altre cure generali e locali che si fanno per solito.

Epididimite. Nella epididimite acuta la sulfamido-piridina dà talvolta delle risoluzioni rapide. Fin dai primi giorni i dolori, che sono spesso fortissimi, si attenuano fino a scomparire, la congestione si riduce tanto che gli ammalati ritenendosi guariti, nonostante i nostri consigli, vollero uscire dall'Ospedale dopo pochi giorni di degenza. Purtroppo qualcuno di questi dovette ritornare da noi per recidiva. Questo non dico per svalutare la sulfamido-piridina, anzi per dimostrare quanto grande sia la sua efficacia sui fenomeni subbiettivi, che nel caso della epididimite tengono un posto importantissimo.

Di pari passo con la risoluzione della epididimite per solito si va risolvendo anche la uretrite, già per solito spontaneamente ridotta di intensità fino a scomparsa totale del gonococco e della secrezione. In questi casi si ha la guarigione completa e totale.

Purtroppo non sempre è così. Abbiamo osservato dei casi nei quali la epididimite scompare ma permane il gonococco nell'uretra, ed altri nei quali nessun beneficio si è ottenuto. In questi casi abbiamo unito alla sulfamidopiridina le solite iniezioni di latte.

Prostatite. Abbiamo avuto anche nella prostatite dei risultati buoni, talvolta ottimi. Però, non sempre; qualche caso senza alcun beneficio. Certo è sorprendente osservare come prostatiti acute, con ritenzione di urina, febbre si risolvano in pochi giorni ed insieme con essa la uretrite.

Littrite e periuretrite. Un discreto numero di littriti e periuretriti ci consentì di sperimentare la sulfamido-piridina con risultati buoni.

Per solito se il fatto flogistico è all'inizio il vantaggio è buono, se già si tratta di forme suppurate poco o nulla riesce ad ottenere.

Artrite. Due soli casi ci fu dato di trattare con queste cure. Nel primo veramente fin dai primi giorni di ingestione della sulfamidopiridina abbiamo notato diminuzione dei dolori articolari e diminuzione della flogosi. Nel secondo invece nessun risultato.

Anche qui penso, come già per tutte le altre complicazioni, che sia doveroso per ottenere il massimo di successo di non mai tralasciare le cure vacciniche, piretogene, radianti che si usano per queste complicazioni.

Vulvo-vaginite delle bambine. Pareva che questa localizzazione del gonococco dovesse rimanere intangibile a tutti i medicamenti. La cura follicolinica che sembrava dovesse risolvere le vulvo-vaginiti in breve tempo, dopo qualche esperimento si dimostrò poco risolutiva non solo, ma con tali inconvenienti, da farne sconsigliare l'uso. La introduzione dei sulfamidici non riuscì molto più vantaggiosa.

La sulfamido-piridina invece ha ben altra efficacia. In un buon numero di vulvo-vaginiti abbiamo avuto pieni successi. La secrezione purulenta ai genitali scomparve in pochi giorni. Il gonococco, in ripetuti esami successivi, non riapparve più, e questo successo noi abbiamo ottenuto con la sola cura orale senza alcuna cura locale. Certo che per analogia con le altre blenorragie non oso affermare che ciò avvenga sempre. Ritengo che siamo stati particolarmente fortunati, e che pertanto le cure locali a base di schizzetti nell'uretra e della vagina con sali di argento non sia da tralasciare.

In ogni modo chiunque conosca la cronicità delle vulvo-vaginiti delle bambine non potrà che salutare con gioia la sulfamido-piridina che riesce da sola o con le cure locali a ridurre ad un minimo di tempo la cura, che si protraeva per mesi e mesi.

Per concludere dirò:

1) La introduzione della sulfamido-piridina nella cura della blenorragia ha segnato ancora un notevole progresso.

2) Ad ogni blenorragico, acuto, cronico o complicato è doveroso somministrare la sulfamido-piridina per via orale, nella dose di circa 18 grammi in nove giorni.

3) Sebbene la sulfamido-piridina possa guarire da sola la blenorragia acuta è bene però unire ad essa la terapia locale a mezzo di schizzetti o lavaggi a secondo delle localizzazioni del processo infiammatorio, non solo per allargare ad un maggior numero di ammalati i benefici della cura, ma sopratutto per non danneggiare quelli che apparentemente guariti ricadrebbero dopo pochi giorni, con pericolo di complicazione e prolungamento della malattia.

Ritengo sia dannoso il consiglio di somministrare solamente la sulfamido-piridina a tutti, e solo in secondo tempo fare le cure locali a quei malati che non sono guariti. Nella massa si otterrebbe un numero minore di

beneficati e si danneggerebbero molto quelli ai quali la cura mista può giovare.

4) Nella blenorragia cronica la sulfamido-piridina ha spesso azione risolutiva.

5) Nella epididimite acuta questo medicamento è spesso ottimo; appena cessata la infiammazione, subito iniziare cura locale nell'uretra.

6) Nelle altre complicazioni (prostatiti, littiti, ecc.) l'azione è in molti casi ottima. Consiglio però fare anche subito cure locali nell'uretra.

7) Nelle vulvo-vaginiti gonococciche delle bambine, la sulfamido-piridina si è dimostrata ottimo rimedio. Non tralasciare anche qui di fare cure locali.

RIASSUNTO.

L'A. ha sperimentato la sulfamido-piridina nella blenorragia maschile acuta, cronica e complicata e nella vulvo-vaginite blenorragica delle bambine.

Le dosi impiegate furono di 18 grammi in 9 giorni. I risultati ottenuti ottimi, tanto che ritiene doverosa la somministrazione di questo farmaco a tutti i blenorragici.

NOTE E CONTRIBUTI

Comitato provinciale antistrumico di Aosta.

Gozzismo, teoria silicea e profilassi iodica.

Dott. Giovanni A. Trikurakis.

Malgrado le reiterate proteste degli ottimisti — i quali vorrebbero sostenere che oramai il gozzismo, quale fenomeno endemico, sia già scomparso e abbia perduto quell'importanza sociale che gli si volle attribuire in passato — si sta delineando, da un po' di tempo, un maggiore ed interessante sviluppo dello studio, sia dell'eziologia che della patogenesi e della cura del fenomeno in parola.

La teoria geologica sulla genesi del gozzismo ritorna nuovamente alla ribalta con parecchi autorevoli sostenitori. Fra le varie tesi, quella del Buzzi da Sondrio — che fu già il primo, in quel lontano I Congresso internazionale di Milano per lo studio del gozzo, a proporre, fra la generale incredulità dei partecipanti, l'adozione del sale iodurato per la profilassi e la cura collettiva del fenomeno — è, anche sulla patogenesi, la teoria che più ci convince e ci attrae, poichè secondo me riesce, in maniera molto semplice, a spiegare le varie manifestazioni di questo complesso fenomeno, che non riusciva finora a trovare una spiegazione soddisfacente alla sua etiologia, alla sua patogenesi ed alla cura e profilassi naturale più semplice e razionale.

Si tratterebbe di una *intossicazione* silicica (*); intossicazione solitamente lenta, con azione elettiva, secondo il Buzzi, sui connettivi in genere, e massime sull'embrionale o fetale ossia sul reticolo endoteliale peritiroideo pel gozzo, o sul corticale della nevroglia o sul mesocefalo pel cretino.

Questa ingegnosa teoria patogenetica attende la sua conferma sperimentale, che auguriamo positiva; — io tuttavia non esito a dichiararmene a priori entusiasta — sia perchè essa non contrasta con le mie osservazioni, sia per le numerose argomentazioni che stanno in suo favore.

È indiscutibile che il fenomeno è legato intimamente e costantemente al luogo, quindi è verosimile che la natura del terreno vi contribuisca; — essendo poi esso diffuso su aree più o meno vaste, in tutta la superficie terrestre — e specialmente nelle regioni montuose e vulcaniche, dove il silicio è l'elemento più diffuso e predominante — è facile spiegarne la grande diffusione. Esso si presenta più intenso nelle parti più basse dei declivi montani e meno in alto, poichè, essendo la via più comune d'introduzione nel nostro organismo l'acqua, questa è tanto più ricca di tali elementi quanto più i terreni che attraversa ne sono ricchi e sono abbondanti e diffusi specialmente se essi siano franosi, sciolti e scoperti cioè nudi ed a base prettamente o prevalentemente di composti silicei, e l'acqua non abbia potuto depositarli prima di essere consumata dagli abitanti (**).

(*) Da non confondersi con la silicosi bronchiale dei minatori, affezione questa flogistico-traumatica locale causata da inspirazione di *polvere* di quarzo.

(**) Secondo i dati fornitimi dall'ing. E. A. Gaillard di Barcellona, la solubilità massima dei terreni silicei (in soluz. di carbonato di sodio all'1 % ed a 37° C.) l'avrebbe la finissima polvere; seguono, per ordine di solubilità: il quarzo, il porfido, il granito, il gres, la cerite, le polveri sabbiose. L'aggiunta di polvere d'argilla riduce di un quarto detta solubilità, mentre il gesso la riduce del 78 % e la polvere di carbone da 4 a 71 % a seconda dei casi. Il carbonato di calcio non ha alcun effetto.

Se si considera che nelle frane esistono sempre dei detriti di elementi vegetali che si decompongono con possibile formazione di carbonato di potassio o di carbonati ammoniacali, è molto probabile — secondo le sovresposte indicazioni — che avvenga uno scioglimento notevole di silicio contenuto in dette frane, mentre tale scioglimento non avverrebbe, che in minima misura, nei terreni silicati compatti, senza frane e quindi senza traccie di materie orgniche. Quanto sopra sembra

La natura del terreno influisce sulla composizione chimica dei vegetali e quindi anche degli animali, compreso l'uomo. Non c'è perciò da meravigliarsi se tutto il sistema connettivale (che sembra avere maggiore affinità coi composti silicei) dell'uomo e degli animali che vivono su di un terreno ricco di silicio, sia più sviluppato, in confronto a quello dell'uomo e degli animali che vivono per es. su terreno calcareo o dolomitico; e che quindi la tiroide degli abitanti di regioni a prevalenza silicea sia naturalmente più sviluppata (*tireomegalia*) di quelli che vivono in regioni, in confronto, povere di silicio.

È un'ipotesi questa che ci si prospetta, e che riuscirebbe, se comprovata, a spiegare tutto il complesso delle manifestazioni a cui finora si è dato il nome di gozzismo.

A giustificazione poi della mia adesione alla teoria silicea del Buzzi, mi riporto a quanto già nel 1931-32 scrissi in proposito: (Sull'attività antistrumica in provincia d'Aosta durante l'anno 1931-32. Sritti Biologici VIII, 1933) e cioè: « per me, la composizione chimica dell'acqua può avere molta importanza nella *genesi del gozzo* », e più oltre: « penso che l'*ipertrofia primaria* della tiroide, sia l'effetto di uno *squilibrio chimico alimentare* ».

Noi sappiamo che il silicio normalmente entra a far parte dei nostri tessuti. Le ossa, specialmente lo smalto dei denti e molte parti dell'occhio e massime la gelatina di Warthon che forma l'involucro ed il sostegno dei vasi del funicolo nei feti e neonati sono ricche di silicati. Essi pare abbiano una predilezione per il tessuto connettivo del cervello in formazione (periodo fetale) o della tiroide nel suo periodo di formazione, sviluppo e maggiore attività (puerizia e pubertà), e probabilmente per il tessuto connettivo anche delle altre ghiandole endocrine e di organi fra i più importanti dell'organismo, ecc.

Potrebbe in un primo tempo trattarsi di una semplice iperplasia connettivale, che più tardi può causare la reazione da pressione con strozzamento, cirrosi ed in seguito la distruzione azione indiretta) delle cellule nervose per il cervello o di quelle del tessuto ghiandolare propriamente detto per la tiroide e le altre ghiandole.

Questa teoria — senza escludere la relazione comune patogenetica, e tolvalta, la interrelazione evolutiva del gozzo e del cretinismo — renderebbe inesatto l'aforisma, che il gozzo sia il primo sintomo di una malattia di cui l'ultimo gradino sarebbe rappresentato dal cretinismo; poichè, secondo la teoria silicea, il cretinismo non sarebbe, per lo più, una conseguenza dell'alterata funzionalità della tiroide, ma anche una delle manifestazioni primarie dirette, causate dallo stesso quid che porta pure al gozzo, al sordumutismo, alla balbuzie, al nanismo e forse anche ad alcune spasmofilie, al rachitismo, ecc.

Ed ecco anche appagato il concetto della compartecipazione morbosa delle altre ghiandole endocrine nel cretinismo endemico, sostenuta dallo Schönemann, dal Cyon, dal Wegelin, dal Marcovecchio e specialmente dal Pende, il quale così si esprime: « nello studio di questa malattia, occorre insistere sulle alterazioni di tutte le ghiandole endocrine e non soltanto su quella della tiroide; poichè più che per il mixedema, io credo ammissibile per il cretinismo endemico il concetto di una lesione diffusa del sistema endocrino con lesioni tiroidee quasi sempre dominanti, lesioni endocrine d'altronde associate ad altre alterazioni dell'organismo, dipendenti direttamente dal *fattore* del cretinismo ».

Così questa tesi ci spiegherebbe il perchè della frequenza, nelle zone endemiche, delle varie forme di affezioni meningo-encefaliche, epilessia, corea e teratologie da arresto di sviluppo; ci spiegherebbe perchè l'introduzione di buona acqua potabile in certi luoghi abbia attenuato ed anche distrutto il fenomeno; perchè durante la gravidanza ed il periodo mestruale, per la inevitabile introduzione di una maggiore quantità di acqua, assistiamo ad un esagerato ingrossamento della tiroide; perchè il gozzismo è più frequente nei poveri e nei contadini che negli operai e cittadini, più negli animali che correndo e faticando in montagna, come cani da caccia e pastori, muli da soma in salita, bevono per necessità molte acque, nei suini infine che bevono più di tutti e frugano col muso nella fanghiglia e così dell'inizio rapido dell'ipertrofia tiroidea nei fanciulli pel gran correre, giuocare e bere smodatamente; perchè certi determinati cibi, che contengono molti composti silicei (cavoli, castagne con la buccia interna, pane nero di segala, che abitualmente contiene anche una buona quantità di crusca, ecc.), favoriscano il gozzo; ci spiega inoltre l'importanza della pulizia, per l'allontanamento dalle mani, dalle frutta, dalla verdura, dal pane, ecc., della terra e della polvere (che contiene gli elementi del terreno) e la mi-

---

dimostrare che si deve trovare più silicio disciolto nelle acque che attraversano i terreni franosi, in confronto a quelle che rimangono a contatto di terreni compatti di rocce silicee od anche contenenti argilla o gesso.

nere introduzione nel nostro corpo di questi elementi; ed in genere, l'importanza dell'igiene e con essa dell'abitazione e dell'acqua potabile.

Ecco, con questa ipotesi accontentati i sostenitori della teoria idrica e quelli della teoria geologica o tellurica; ecco spiegata la teoria Höjer (svedese) (inclinazione pendenza ed estensione del terreno sovrastante; profondità, massa e velocità dell'acqua) ed in un certo senso soddisfatta la teoria da carenza iodica, in quanto l'iodio, secondo il Buzzi, servirebbe da antidoto all'intossicazione silicea come antagonista naturale.

Le teorie da infezioni — all'infuori in parte di quella di Balp, che parla di reinfezioni e tossine infettive lente e prolungate, perciò più propriamente da annoverare fra le intossicazioni, e quindi in armonia alla presente tesi — non hanno più molti sostenitori. Ed infatti, se si fosse trattato di un'infezione, il fenomeno si sarebbe propagato in zone altre volte indenni, ciò che non è mai risultato; nè diminuirebbe coll'allontanamento del portatore, in una zona indenne, come spesso si è verificato. D'altronde mai è stato trovato ed individuato uno speciale germe, nè formata coltura, che, innestata, abbia prodotto il male, nè innestata parte di gozzo in tessuto o nella tiroide abbia prodotto il gozzo.

Rimane inoltre la teoria da radioattività, la quale però presenta ancora molti punti interrogativi e soddisfa meno. Essa dopo tutto è quasi sempre presente solo nelle roccie silicee eruttive e vulcaniche, ma mentre il silicio sembra seguire il gozzo e gozzo e silicio sono assai diffusi nel mondo, lo è invece poco la radioattività.

Per quanto riguarda il cretinismo e le varie distrofie da predilezione, anche con la teoria silicea, il fattore costituzionale ed ereditario non perde, secondo me, la sua importanza; come non la perde il fattore alimentare qualitativo (quindi anche l'indigenza) per il gozzo.

*
* *

Fin qui ho trattato degli argomenti in favore della teoria Buzzi, senza naturalmente poter dimostrare che si tratti effettivamente di una intossicazione da silicio (che è il metallo più diffuso nella nostra terra) e sotto quale forma (*), o sia piuttosto un'intossicazione da un altro elemento qualunque e che non si tratti per es. di radiazione o di carenza; argomento che potrà formare oggetto dei nostri prossimi studi ed esperimenti. Non vorrei però tacere l'obbiezione che io prospettai all'intelligente ideatore di questa teoria, e benemerito del gozzismo, dott. Buzzi, circa il modo di conciliare la suddetta teoria con il risultato delle esperienze fatte in Val Bisagno dal prof. Cerletti di Roma, la cui competenza ed autorità non permettono dubbi; secondo tali esperienze in paese endemico si è potuto avere l'ipertrofia tiroidea nei ratti bianchi, chiusi ermeticamente in bombole e portati — se ben ricordo — periodicamente a Genova per l'alimentazione, il cambiamento dell'aria e la pulizia. Se la chiusura era realmente ermetica, essa doveva impedire la penetrazione dell'aria, e con essa del pulviscolo atmosferico; ed allora con la teoria silicea non si spiegherebbe l'ipertrofia tiroidea dei ratti; se invece questa chiusura lasciava possibile la penetrazione dell'aria e del pulviscolo, in tal caso l'esperienza non contrasterebbe con la teoria del Buzzi.

Profilassi e cura.

La cura più antica, quella che finora ha dato più soddisfacenti e più concreti risultati, è la cura iodica. È un riconoscimento generale, basato su una lunga esperienza e su ripetute prove e conferme. Il sale iodurato — che fu proposto per la prima volta nel 1909 dallo stesso ideatore della teoria silicea per la patogenesi del gozzismo, l'italiano Buzzi, ed esperimentato con successo, prima in Isvizzera ed Austria, e poi, per il lodevole e benefico interes-

(*) Il Buzzi inclina a credere che siano fra gli infiniti composti del silicio (sono già noti 250 minerali silicei) i composti *colloidali* ed il silicio ne fa da solo più di tutti gli altri corpi semplici assieme e se la limonite di ferro e l'alluminio sono colloidali essi sono per solito associati al silicio nei suoi composti. E fra i composti del silicio il Buzzi propende per gli acidi silicei colloidali orto meta e trisilicio e pei silicati di magnesio, calce, soda, ferro, alluminio.

Il Buzzi incolpa il silicio perchè fa parte del gruppo del carbonio e cioè della base dei corpi organici e cioè è tetravalente, diffusissimo, trasparente e duro come il diamante ed avente composti colloidali come il corpo animale e specie il tessuto connettivo. Si ponga mente alla strana e frequente somiglianza fra certi composti silicei e certi tessuti animali, tra il fibroso e reticolare amianto ed i tendini ed aponeurosi, tra il vetro liquido silicato di sodio e potassio e la colla da falegname (da pelle ed ossa cotte) o la gelatina delle ossa, tra la trasparenza e lamellosità della mica silicea e del vetro e la gelatina, umor vitreo, cornea, membrane sinoviali, albume d'uovo ecc., tra la frattura concoide della pietra pomice, del quarzo e vetro e la frattura della colla e gelatina secca e del chiaro d'uovo indurito, del vetro filato o lana di vetro con la lana, capelli e fibrille connettivali, ed altre parecchie somiglianze tra composti silicei e tessuti animali.

samento dell'Ispettore della Sanità Pubblica Ambrosi, in Valtellina dal 1925, ed a Brescia, Varese, Como, Bergamo ed Alta Valle d'Aosta dal 1934 — oltre ad essere poco costoso e di una praticità senza pari, ha dato dei risultati sufficienti per credere alla sua reale efficacia curativa e specialmente profilattica nella collettività.

Da più studiosi si era detto finora, per ciò che riguarda i risultati ottenuti in Valtellina ed in Isvizzera, che non bisogna attribuire al sale iodurato tutto il miglioramento riscontrato; poichè il gozzismo va attenuandosi anche spontaneamente col progresso e l'igiene, come in realtà si constata anche a distanza di soli 15 o 20 anni. Ciò però non vuol dire che le cure iodiche, private o collettive, non vi abbiano contribuito o che il sale iodurato non vi abbia apportato una netta e decisiva trasformazione. Fu perciò che noi in Valle d'Aosta abbiamo voluto esperimentarlo in una sola zona, la zona occidentale od Alta Valle d'Aosta, lasciando la zona attigua orientale come termine di confronto. Era evidente che, dopo un certo periodo dall'introduzione del sale iodurato, se si riscontrava una differenza sostanziale nell'andamento del fenomeno nelle due zone, questa differenza avrebbe parlato esclusivamente in favore dell'efficacia del sale iodurato, poichè il progresso ed i miglioramenti igienici — che l'attuale regime sta provvidenzialmente attuando anche nella nostra provincia — non hanno favorito maggiormente la zona soggetta a profilassi.

Già dallo scorso anno, visitando in compagnia di altri sanitari alcune scuole dell'Alta Valle d'Aosta (zona profilassata col sale iodurato) notammo con mia compiaciuta meraviglia, l'assenza d'ipertrofie notevoli ed evidenti nelle tiroidi degli alunni, tanto che qualcuno di noi si è chiesto: Il gozzismo endemico non è forse una montatura? I bambini Valdostani infatti non apparivano in condizioni inferiori —- sia come tiroidi, sia come disfunzini tiroidee — da quelli di tutte le altre regioni d'Italia. Ben diversa constatazione invece si è fatta visitando più tardi alcune scuole della zona Aostana non profilassata e del Canavese, pure non profilassato. La differenza del quadro endemico era palese poichè in queste ultime le ipertrofie tiroidee erano ancora frequenti e ben manifeste.

Questo fatto è risultato anche dall'inchiesta fatta nei primi mesi del corrente anno, a distanza di 5 anni dall'ultima inchiesta governativa, che precedette l'inizio della distribuzione del sale iodurato, inchiesta eseguita, come allora, dagli Ufficiali Sanitari in tutte le scuole elementari della nostra provincia, e raccolta sugli stessi moduli e con le medesime modalità già adottate nell'inchiesta precedente.

Da essa, come appare dallo specchietto annesso (vedi tavola), risulta che nella zona profilassata le ipertrofie tiroidee si sono ridotte *ad un terzo*, mentre rimasero pressochè invariate nelle zone non profilassate. Il contributo del sale iodurato non può essere messo così in dubbio.

* * *

Un quesito nuovo si è più volte sollevato ultimamente da taluni studiosi; esso concerne la percentuale di ioduro di K da aggiungere al sale a scopo profilattico, percentuale che secondo alcuni (Danielopolu, della Romania, Buzzi, Marcovecchio, ecc.) dovrebbe venire aumentata.

Io non sono del parere di questi ultimi. In primo luogo. perchè se l'attuale percentuale (gr. 1 di JK per q.le di sale da cucina) non rappresenta un pericolo alla collettività, un aumento potrebbe condurre a manifestazioni palesi d'ipertiroidismo, di cui molte forme larvate si riscontrano con frequenza nei paesi ad endemia. In secondo luogo, noi abbiamo molti anni di prove, che ci dimostrano una sufficiente efficacia dell'attuale proporzione del sale iodurato.

Il gozzismo non è una malattia acuta, ma un'affezione cronica che si sviluppa, per lo più molto lentamente; non è detto perciò che la cura migliore sia quella intensiva; essa dovrebbe essere dosata in quantità anche minima, tale da servire soltanto a *neutralizzare la quantità del quid* gozzigeno, che — nella stessa misura di tempo — agisce dannosamente sull'organismo.

La cura e profilassi non dove essere perciò eccessiva, innanzitutto per non nuocere in un modo forse non meno funesto.

Secondo i già descritti dai vari autori (Ambrosi, Muggia, Eggemberger, ecc.) risultati delle prove finora eseguite, il sale iodurato, nelle proporzioni attualmente usate, previene soddisfacentemente la malattia e corregge le comuni manifestazioni del gozzismo in minor tempo di quanto forse esse abbiano impiegato per svilupparsi; non potrebbe quindi rappresentare una percentuale insufficiente di ioduro di K. D'altra parte è assurdo sottoporre a cure intensive tutta una popolazione, quando si tratta semplicemente di agire su una percentuale relativamente bassa, sebbene importantissima, di individui con alterazioni organiche permanenti.

Io non credo d'altronde — come già più vol-

			Visitati	gole normali N.	gole normali %	gole piene N.	gole piene %	gole grosse N.	gole grosse %	gozzetti N.	gozzetti %
Valle d'Aosta	Zona profilassata	1934	4996		**35,61**		**41,59**		**22,15**		**0.65**
		1939	5705	3930	**68,89**	1524	**26,71**	248	4,35	3	**0,05**
	Zona non profilassata	1934	2810		**68,95**		**26,65**		**4,23**		**0,17**
		1939	3599	2437	**67,71**	920	**25,56**	224	**6,23**	18	**0,50**
Canavese		1934	12854		**61,74**		**29,29**		**7,92**		**1,05**
	1939	Totale	13019	(*)	**77,70**		**17,50**		**4,98**		**0,71**
		zona alta	2505	1929	77,04	398	15.86	105	4,19	73	**2,91**
		zona bassa	10514	8187	77,86	1880	17,88	427	4 06	20	**0,19**
Provincia d'Aosta		1934	20658		**50,04**		**36,75**		**12,37**		**0,84**
	1939	Totale	**22323**	16483	**73,87**	4722	**21,14**	1004	**4,49**	114	**0,50**
		M.	11633	8497	73,05	2567	**22,06**	513	4,41	56	0,48
		F.	10690	7986	74,70	2155	20,16	491	4,60	58	**0,54**

(*) Si fa presente che alcuni paesi del Canavese hanno continuato la distribuzione nelle scuole dei cioccolatini iodati.

te ho esposto — che l'agente specifico dell'endemia (sia esso l'intossicazione silicica od altro) possa portare alle forme gravi dello struma, del cretinismo, sordo-mutismo, nanismo, ecc., se altri fattori, per lo più costituzionali, non vi cooperino. Poichè se il migliorato tenor di vita ha contribuito finora ovunque ad attenuare il fenomeno — ossia a diminuire la frequenza delle manifestazioni più tristi — e siccome il quid specifico non è stato tolto, vuol dire che è poco probabile arrivare con esso alle forme gravi del gozzismo senza la concomitanza di terzi fattori, che potrebbero essere endogeni (ereditarietà, costituzione, ecc.) od esogeni (deficiente alimentazione, alcoolismo, scarsa igiene, ecc.).

Per prevenire quindi ed estirpare anche le forme gravi dell'endemia occorre, accanto alla profilassi specifica (iodica), una rigorosa applicazione di tutti quei provvedimenti igienici imposti dalla civiltà del nostro secolo ed un'elevazione sempre maggiore del tenore di vita delle popolazioni colpite.

Gignod (Aosta).

RIASSUNTO.

L'A., trattando della patogenesi del gozzismo si sofferma sulla teoria da intossicazione silicica, ammessa dal dott. Buzzi di Sondrio, che condivide ed illustra, mettendola in relazione alle sue personali osservazioni. Accenna quindi alla cura e profilassi iodica e riporta i risultati brillanti ottenuti dalla distribuzione del sale iodurato durante l'ultimo quinquennio nell'alta Valle d'Aosta, confrontandoli con l'andamento stazionario del gozzismo nella zona attigua non profilassata della Valle d'Aosta. Infine si dichiara contrario ad un aumento della percentuale di IK in detto sale profilattico.

SUNTI E RASSEGNE

NUOVI ORIENTAMENTI.

I disturbi di regolazione neuro-vegetativa.

(W. SMIT. *Nederlansch tijdschr. v. geneesk.*, 18 novembre 1939).

Lo studio del clinico si rivolge con sempre crescente interesse al sistema nervoso vegetativo, tanto più dopo che, con l'applicazione terapeutica dello « shock » insulinico, il ricercatore si trova nelle condizioni di un vero esperimento fatto in massa sull'uomo. Con tale procedimento, si provoca artificialmente una profonda alterazione nell'equilibrio biologico; equilibrio che può considerarsi come la più notevole risultante delle varie funzioni del sistema nervoso vegetativo e delle sue appendici ormonali e, pertanto, *conditio sine qua non* per il normale decorso di tutti i processi vitali. Trattasi di un equilibrio dinamico, il che significa che ogni tentativo di modificarlo va accompagnato da una contro-azione.

Con lo « shock » insulinico, si provoca mediante il ricambio dello zucchero un profondo mutamento di tale equilibrio. Dal punto di vista neuro-fisiologico, si porta l'organismo in uno stato in cui viene a predominare il parasimpatico; l'organismo stesso vi oppone una forte resistenza, per cui sono chiamate in aiuto tutte le forze del sistema simpatico-adrenalinico. La lotta si manifesta con forti alterazioni del polso, sbalzi nella glicemia e nella pressione sanguigna, sudorazione, inquietudine psico-motoria, mutamenti nell'ampiezza pupillare, ecc. In breve, si può dire che si succedono nell'organismo, in variopinta mescolanza, reazioni simpatiche e parasimpatiche.

Se la quantità di insulina iniettata è sufficiente per vincere la resistenza, compaiono dei fatti vagotonici netti e durevoli, che si manifestano in continua diminuzione della glicemia, diminuzione della frequenza del polso, dispnea espiratoria, abbassamento della temperatura, crampi intestinali. Ma è questo anche uno stato in cui è molto accentuata una contro-azione simpatica, per cui si vede che basta una piccola dose di adrenalina per provocare quasi improvvisamente un totale cambiamento del quadro.

L'organismo si trova in condizione di potere — in tutto od in parte — ovviare ai disturbi che minacciano l'equilibrio biologico. I sintomi clinici si manifestano quando i poteri di regolazione falliscono e si possono presentare in tutti i diversi campi della patologia. Ne consegue che, le singole manifestazioni devono essere riunite nella sindrome clinica da cui si deve risalire alla causa dei disturbi di regolazione, nella disfunzione di un organo o sistema di organi.

La mancata regolazione può aversi: 1) quando il sistema regolatore è leso in conseguenza di debolezza o minorazione congenita od acquisita (per infezioni, intossicazioni, lesioni, ecc.); 2) quando la noxa che determina il disturbo è notevole ed a-fisiologica e, pertanto, anche in conseguenza di un esagerato lavoro richiesto ad un organo o sistema di organi, tanto più se già esiste qualche deficienza.

*
* *

L'A. riporta alcuni esempi che dimostrano il suo asserto. Uno di questi riguarda un giovane di 19 anni, che andava soggetto ad accessi transitori (10 minuti circa) di paresi destra ed anestesia, accompagnati da amaurosi destra e disturbi del linguaggio; negli intervalli il giovane si sente perfettamente bene. Il primo accesso (in tutto sono stati 6) si è avuto in occasione di una partita sportiva, in cui il paziente bevve anche un bicchierino di liquore. Si tratta di un giovane robusto, sportivo, senza nessuna anomalia, tranne una lieve paresi all'ipoglosso ed al facciale di destra. All'esame radiologico stereoscopico del cranio, sella turcica parzialmente a ponte, ingrossamento dei processi clinoidei e disegno pronunciato dei vasi diploici.

Gli accessi, anche per i sintomi subbiettivi accusati, possono essere considerati come di emicrania oftalmica, determinati da crampi vasali nelle branche del sistema carotide-vertebrali, nel territorio del circolo di Willis.

Sorge ora la questione di conoscere l'origine di tali campi. A tale scopo, l'A. ha eseguito numerosi esami da cui risulta, fra l'altro, un metabolismo basale basso e soprattutto una curva glicemica molto appiattita, con basso specchio glicemico; inoltre un lieve turbamento dell'escrezione dell'acido urico ed un lieve disturbo epatico.

In complesso, il fatto più saliente è dato dal disturbo nel ricambio dello zucchero. Si deve tener presente che gli accessi si sono manifestati generalmente dopo un intenso lavoro muscolare e l'ingestione di un po' di alcool; una sola volta si ebbe in conseguenza di un trauma psichico. Ora, è noto che il lavoro muscolare e l'alcool abbassano la glicemia; la glicemia di questo paziente, che è di 0,67 a digiuno, si abbassa a 0,58 un'ora e mezza dopo l'ingestione di cognac ed un po' di lavoro muscolare.

Si deve, quindi, ammettere che in questo giovane sotto l'influenza del lavoro muscolare e dell'alcool, si manifesta uno stato di glicopenia, che sta fra il I ed il II grado di Wilder (1); sotto l'influenza dei fattori esogeni

(1) J. Wilder distingue 3 gradi di glicopenia: I: leggero accesso caratterizzato da lievi fatti vegetativi e vasomotori, con inquietudine psico-motoria; si verifica con glicemia a 0,65-0,80; II: accesso di media intensità, con forti e netti fatti vege-

(lavoro muscolare, alcool, dispiaceri) quello che per l'individuo in esame era uno stato di equilibrio viene spostato dal lato vagotonico, ciò che determina una contro-azione simpatica, che si estrinseca come contrazione vasale.

La causa del mancamento nel meccanismo regolatore e nelle manifestazioni della vasomotricità in tale paziente va ricercata in condizioni ereditarie, in quanto che risultano negli ascendenti e collaterali intensi disturbi vasomotori, allergici e del ricambio.

Le anomalie di questo gruppo di pazienti possono ascriversi alla sindrome del neurometabolismo patologico, nel senso di Flatau, non molto dissimile dal neuro-artritismo dei francesi. Si tratta sempre di individui che — loro od i familiari — con anomalie del ricambio, da un lato, e predisposizione per i crampi vaso-motorî, dall'altro. In tutti, si può ammettere come causa una predisposizione morbosa costituzionale del meso-diencefalo.

Anche J. A. Schneider, in un recente lavoro sul ponte sellare e costituzione, si occupa di un certo numero di casi del genere ed insiste sull'intima connessione esistente fra le malattie del ricambio e malattie del sistema nervoso centrale, come malattie del sistema diencefalo-ipofisario.

Nel paziente di cui sopra si può ammettere, quindi, una debolezza costituzionale del mesencefalo. La diffusione degli spasmi vasali, il loro accompagnarsi a disturbi del sonno e lievi alterazioni psichiche di eccitabilità e depressione (risultanti dall'anamnesi) rendono tale ipotesi accettabile. È chiaro che, sulla base di una simile minorazione, si fonda anche un meccanismo di regolazione neuro-vegetativa meno valido, per cui si può arrivare alle reazioni sopra descritte.

L'A. riporta un altro caso, di una ragazza di 26 anni, che va soggetta ad accessi di cefalea con nausea e vomito, dopo i quali rimane diminuzione del visus (difficoltà a leggere). Sonno notturno molto turbato, mestruazioni irregolari, con lunghe mancanze; ingrossamento della corporatura, perdita di capelli, talora improvvisi aumenti di temperatura.

All'esame obbiettivo, si rileva che la paziente è piccola e grossa, con tiroide ingrossata, pelle ingrossata e spessa. Alla radiografia cranica, sella turcica profonda ed un po' spostata posteriormente, processi clinoidei a clava, disegno accentuato dei vasi diploici. L'anamnesi familiare dimostra l'esistenza di casi di emicrania vera, diabete e corea; il padre, una zia e la stessa paziente sono stati operati per invaginazione consecutiva a poliposi intestinale. Le ricerche eseguite hanno dimostrato nella paziente basso metabolismo basale, curva glicemica appiattita, elevato tenore di acido urico e di acido fosforico nel sangue. Quindi, anche in questo caso, disturbi del ricambio e tendenza a crampi vasali, di cui bisogna risalire alla causa.

I fenomeni patologici si manifestano in diversi territori; l'accesso di emicrania indica una reazione vasomotrice, i lievi disturbi endocrini sono in rapporto con una disfunzione del sistema ormonico; esistono inoltre disturbi del ricambio. Sulla base dell'anamnesi familiare, si può ammettere l'esistenza di un fattore costituzionale, nel senso di un deficit congenito del meso-diencefalo e, da ciò, possibilità di minorazione del sistema di regolazione neuro-vegetativo.

Il fattore scatenante l'accesso di emicrania era qui evidente (latte, burro, formaggio); quindi, più che ammettere come fanno alcuni autori che l'emicrania è in rapporto con un deficit costituzionale del meso-diencefalo, si deve ritenere che la causa fondamentale debba ricercarsi in una deficienza fondamentale del canale digerente, di cui l'accennata ipersensibilità ai grassi animali costituisce un sintoma; sotto tale punto di vista, non deve trascurarsi l'esistenza della poliposi intestinale riscontrata in questa famiglia, poliposi, che da altri è stata osservata in unione con infantilismo, con tumori della tiroide o dei surreni.

Un terzo caso, appartenente allo stesso gruppo, riguarda una ragazza di 15 anni in cui, poco prima che si iniziassero le mestruazioni, si era manifestato uno stato confusionale con inquietudine, aggravatosi poi in tipo a tinta maniaca, con confusione, scambio di personalità, allucinazioni; le condizioni migliorarono dopo una diecina di giorni, lasciando un'amnesia parziale; prima e dopo tale stato psicotico, profondi disturbi del sonno. Tali accessi si ripeterono.

L'anno prima di ammalarsi, la ragazza era cresciuta molto di statura; all'esame si presentava alta m. 1,85, con note di eunocoidismo infantile. Anch'essa, curva glicemica bassa ed appiattita. Troviamo, quindi, le note di una disfunzione del sistema ipofisi-ipotalamo. Tenendo presenti le considerazioni fatte, si può ammettere uno spostamento del livello di tensione in tutto il sistema ormonico-neurovegetativo, senza che si possa mettere in rapporto con fatti ereditari, sebbene non possa escludersi una minorazione latente. Sotto l'influenza di modificazioni biologiche alla pubertà e soprattutto allo stabilirsi dei mestrui, si è avuta una modificazione ancor maggiore dei meccanismi regolatori, già deviati per una falsa strada, modificazione che si manifestò clinicamente nel territorio all'inizio più vulnerabile, cioè nel meso-diencefalo

---

tativi e vasomotorî e lievi fenomeni a focolaio (glicemia a 0,50-0,70); III: grande accesso glicopènico, con indebolimento del polso ed abbassamento di temperatura, collasso, paralisi transitorie da angiospasmo cerebrale, cecità transitoria, disturbi della coscienza.

*
* *

L'influenza di questo territorio si espande poi su altri territori periferici, sul sistema ormonico neuro-vegetativo, estrinsecandosi clinicamente con grandi oscillazioni della glicemia, ipersensibilità verso l'insulina, variazioni nell'ampiezza pupillare, aumento di temperatura, ecc. È ammesso, di fatto, che le influenze modificatrici trasmesse dal sistema neuro-vegetativo non si limitano, come un tempo si credeva, agli organi periferici, ma prendono anche i centri altamente sviluppati del sistema nervoso centrale, sottostando alle leggi generali dell'organizzazione.

È l'equilibrio biologico viene appunto mantenuto, grazie a questa organizzazione, che è una vera sottomissione all'organo centrale della neuroregolazione, che è il diencefalo. Qualunque fatto accada nel nostro organismo è connesso con la correlazione di un certo numero di fattori precisamente determinati, sicchè una data funzione non è legata ad un organo, ma ad un sistema a cui l'organo appartiene. Un esempio noto è quello della diuresi, che considerata dapprima come sola funzione renale, si è dimostrata, poi, dipendere dai vasi periferici, dal sangue, dai centri diencefalici, che formano altrettanti anelli della catena.

Così il valore del sintoma, che costituisce la pietra costruttiva della nostra diagnosi, viene ad essere limitato, nel senso che i sintomi non sono che delle risposte alle questioni che si pone l'organismo ed anche risposte simili non sono di necessità identiche. Una modificazione della glicemia, o della pressione, un'anomalia del ricambio hanno valore diagnostico soltanto quando si conosce il disturbo del ricambio di cui essi fanno parte.

I tre casi riportati dall'A. costituiscono una dimostrazione clinica di queste vedute. La spiegazione neurovegetativa di un sintoma o di una sindrome sarà certamente importante per quadri clinici come l'emicrania, gli stati angiospastici, quelli psicotici di breve durata, la narcolessia ed altri mentre, d'altra parte, ridesta sempre un maggiore interesse per i quadri morbosi che si nascondono nel concetto di neurastenia. *fil.*

DERMATOLOGIA.

Dermatite dell'orecchio.

(H. L. WILLIAMS, H. MONTGOMERY e WILLIAM N. POWELL. *The Journal of the Americ. Med. Assoc.*, 19 agosto 1939).

L'argomento ha dato divergenza di opinioni fra dermatologi ed otologi. Probabilmente questa divergenza si deve al fatto che i casi più semplici e quindi più facilmente curabili sono stati osservati solo dall'otoiatra, mentre quelli più tenaci sono stati osservati anche dal dermatologo.

Gli AA. ricordano che ci sono casi ovvi di dermatite da contatto per sensibilità al nichel delle stanghe degli occhiali, o a pellicce, a seta, a lana e a sostanze medicamentose usate per i capelli, come pure ci sono casi in cui la dermatite dell'orecchio non è che una manifestazione allergica parziale o generalizzata.

Altre dermatiti dell'orecchio sono quelle che dipendono da lupus erythematosus o da psoriasi.

Anche la seborrea secca, come quella umida, può colpire prima il cuoio capelluto e poi l'orecchio ed assumere la forma di eczema seborroico di Unna. Questa è la dermatite seborroica. Vari autori si sono posto il quesito se molti di questi casi non siano di dermatite streptococcica che inizia nella regione retroauricolare e che dà placche intertriginose in altre regioni.

Ricerche recenti hanno dimostrato che raramente gli streptococchi si trovano sulla cute normale del cuoio capelluto e della regione retroauricolare. Pure recentemente si sono attribuite a funghi le dermatiti dell'orecchio. Sabouraud e altri più recentemente hanno potuto coltivare lo streptococco, senza però poter vedere compiuti i postulati di Koch.

Gli AA. hanno studiato 34 casi. Non trovarono un germe specifico a cui imputare la malattia, perchè trovarono l'aspergillus fumigatus una volta, un micrococco nove volte, il b. difteroide 3 volte, lo streptoc. viridans 9 volte, lo stafilococco albo 7 volte, lo stafilococco aureo 8 volte, il pytiresporum ovale 2 volte, lo streptococco emolitico 4 volte, l'aerobact. aerogenes 1 volta, un b. gram negativo 1 volta, lo pseudomonas 2 volte, l'escherichia coli 1 volta, monilia parapsilosis 1 volta.

Le cure usate furono le seguenti: mistura a parti uguali di soluzione all'uno per mille di mertiolato e di soluzione al 2 % di timolo in 95 % di alcool; 2 % di timolo in 95 % di alcool; acetato di metacresile; polvere di iodio e timolo; soluz. 1:1250 di nitrato fenilmercurico in una base di acido borico, ossido di zinco e talco e soluz. all'1 ‰ di bicloruro di mercurio, acido borico e alcool.

Nelle dermatiti acutissime si usarono medicature umide con soluz. al 0,5 % di subacetato di alluminio e medicature umide con acido borico. Nelle forme streptococciche si adoperò il violetto di genziana e preparati mercuriali. Nelle forme croniche si usò il Mauromond al 3 % in unguento all'ossido di zinco, carbone al 2 % e preparati contenenti acido salicilico e zolfo.

A questa comunicazione alla 19ª riunione annuale della Sez. di dermatologia e sifilografia della Americ. Medic. Assoc. seguì una discussione in cui vari oratori portarono il contributo della propria esperienza. L.

Comportamento della carotina e della vitamina A nelle dermatosi.

La vitamina A o vitacarotene è stata scoperta nel 1913 contemporaneamente da Mac Collum e Davis e da Osborne e Mendel. È liposolubile, resistente al calore, non resistente ai raggi ultravioletti e all'idrogenazione a 120°. Karrer ha fatto conoscere la sua formula chimica. Il fattore A si forma per trasformazione della carotina (o carotene) o dei carotinoidi. I carotinoidi sono sostanze colorate, diffuse nel regno vegetale, solubili nei grassi. I carotinoidi o provitamine A più noti sono: il carotene, la licopina, la criptoxantina, la xantofilla, la rodoscantina e l'astacina.

I carotinoidi oltre che nei vegetali verdi ricchi di clorofilla, si trovano nel tuorlo d'uovo, nel burro, nell'olio di fegato di merluzzo.

Nell'uomo la carotina e la vitamina A sono componenti costanti del siero ematico (non degli elementi del sangue). Il fegato ne contiene la maggiore quantità. Vengono poi il midollo spinale, la milza, la placenta e le surrenali. Una piccola quantità fu trovata nei trasudati e negli essudati. Non se ne trova nel sudore, nella bile, nè nel liquor. Alcuni ritengono che si eliminino per le feci, non per le urine e che l'intestino funzioni da regolatore del ricambio vitaminico, tanto da far ritenere la carenza vitaminica risultato di malattie della cavità addominale o di operazioni addominali.

La vitamina A ha molteplici funzioni. La principale è quella di eccitare l'accrescimento corporeo. La carenza diminuisce la resistenza alle infezioni e alle tossine o per diminuzione del potere battericida del sangue, o per diminuzione dell'attività fagocitaria o per trombopenia o per diminuzione delle emolisine.

L'avitaminosi A dà xeroftalmia e cheratomalacia ed anche emeralopia ed ha azione sul metabolismo e sulla riproduzione. Incerti sono i suoi rapporti coi tumori ed ormoni.

Ipercarotinemia si ha nello xantema, nel diabete, nel m. di Biermer, nella xantosi diabetica e nei tubercolotici. Ipovitaminosi nelle sepsi, nell'insufficienza e calcolosi renale, nell'uremia, nelle malattie epatiche, nella scarlattina.

Nel campo della dermatologia la vitamina A conserva la integrità anatomica e funzionale dell'epitelio cutaneo e nello stesso tempo ne favorisce e ne accelera la riparazione. Questa proprietà è stata sfruttata terapeuticamente con pomate a base di olio di fegato di merluzzo per la cura di ferite, scottature, piaghe e ulcerazioni.

La vitamina A sulla cute agisce non come antinfettiva ma come istofilattica ed eutrofica.

Nell'uomo le manifestazioni cutanee da carenza di vitamina A sono: secchezza della cute con manifestazioni papulose per alterazioni del follicolo pilifero diffuse a tutto il corpo eccetto la faccia. Altre manifestazioni si giovano della vitamina A: l'eczema seborrico del lattante, la psoriasi del bambino, la psoriasi artropatica, l'ipercheratosi, l'eczema, l'acne volgare e rosacea.

A. Farina (*Giornale di medic. militare*, agosto 1939) usando il metodo di Carr e Price ha studiato il contenuto in vitamina A e in carotina nel siero di malati di dermatosi. Ha trovato valori vitaminici quasi normali nel lichen ruber, nel lichen spinulosico, nelle tricofizie del capo, nell'urticaria, nel prurito ano-genitale, nella lue secondaria e nell'eczema cronico localizzato. Valori inferiori al normale notò nell'eczema acuto diffuso, nella psoriasi, nel morbo di Duhring, nel lupus eritematoso e nell'eritema indurato. Una spiccata ipervitaminosi A si ha nello xantoma.

Per la carotina ebbe valori iponormali nelle eritrodermie, nell'eczema acuto diffuso, nel pemfigo e nell'eritema indurato; valori quasi normali nell'urticaria, nel lichen ruber, nell'ittiosi, nel lupus volgare e nell'eritematoso e nel prurito anogenitale. Ipercarotinemia si ha nello xantoma.

Poichè tutti i malati studiati avevano un vitto identico a quello dei sani, si deve pensare non ad alterazioni da carenza alimentare, ma da incapacità dell'organimo di utilizzare la vitamina probabilmente per alterazioni neurovegetative che però non conosciamo ancora.

In tredici casi l'A. ricercò la vitamina A nelle urine e lo trovò una volta sola.

Probabilmente un'alterazione del fegato è la causa dell'alterazione del ricambio vitaminico nelle dermatosi, senza però che si possa negare una partecipazione del sistema reticolo-endoteliale e dell'endocrino. L.

MEDICINA DI GUERRA.

Infezioni di guerra.

(C. HEGLER. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 6 ottobre 1939).

Durante i grandi cataclismi sociali e specialmente in occasione delle guerre sogliono diffondersi alcune infezioni abitualmente rare ed anche manifestarsene alcune che sembrano scomparse. Le infezioni che durante le guerre fanno maggiori stragi sia negli eserciti che nelle popolazioni civili sono il tifo petecchiale, la febbre ricorrente e la febbre di cinque giorni.

Il *tifo petecchiale* o *esantematico*, detto anche tifo di fame e di guerra, è il primo e più costante appannaggio della miseria, delle carestie e delle guerre.

L'infezione viene trasmessa dal pidocchio, specie dal *pediculus vestimenti*, nel cui intestino si sviluppa l'agente specifico, la Rickettsia Prowazeki. Il pidocchio s'infetta pungendo l'uomo malato durante il periodo febbrile, e diventa capace d'infettare dopo cinque giorni. Sono registrati anche casi di in-

fezioni da laboratorio in medici che lavoravano con emulsioni di Rickettsia.

Il periodo d'incubazione dura in media 11 giorni. La malattia s'inizia con vertigini, cefalea e febbre alta che aumenta rapidamente in 2-4 giorni, rimane continua per 8-10 giorni, e poi cade per lisi. La frequenza del polso al principio non aumenta, ma poi diventa corrispondente alla temperatura. La pressione si abbassa, e la massima può raggiungere nei casi gravi anche i 70 mm. Il malato avverte un grave senso di malessere, dorme poco e delira. Tra il quarto e il sesto giorno compaiono le roseole, il cui numero è proporzionale alla gravità della malattia. Si manifestano dapprima alle spalle ed al dorso, poi si diffondono a tutto il tronco ed alle estremità, comprese le palme delle mani e le piante dei piedi, mentre la faccia ne rimane libera. Pertanto la distribuzione delle roseole è nettamente differente da quella dal tifo addominale. Con la comparsa dell'esantema le condizioni dell'infermo, specie quelle cerebrali, si aggravano. Dopo alcuni giorni le roseole si trasformano in petecchie. L'erpete è raro. Nulla d'importante si rileva a carico del cuore, tuttavia la circolazione è molto debole e si ha tendenza alla trombosi venosa ed alla gangrena delle estremità.

Sopra tutto notevoli sono i sintomi a carico del sistema nervoso centrale. Fin dal principio si hanno cefalee, insonnia o leggera sonnolenza, delirio. Non il comportamento tranquillo, apatico del malato di tifo addominale, ma l'aspetto ed il contegno di un individuo in grave stato di sofferenza e di angoscia. Sopratutto caratteristica è la facies: occhi arrossati, sopracciglia sollevate, sguardo fisso, bocca tremula e semiaperta, fronte corrugata, parola balbuziente e poco comprensibile, mani tremanti. Il malato perde le feci ed ha spesso decubiti.

La puntura lombare dà liquor chiaro con leggero aumento delle cellule. Nel sangue si nota leucocitosi con prevalenza dei neutrofili. Le urine nella prima settimana hanno la diazoreazione. Nel siero si ha nel 50 % dei casi un'agglutinazione non specifica per i bacilli del tifo a 1:100 e anche a 1:200. Nella prima settimana si ha anche agglutinazione per il proteo X a 1:200. Anche la Wassermann è spesso positiva.

Nella seconda settimana il malato cade in uno stato depressivo che può passare in coma e quindi alla morte. Nei casi più favorevoli, al 12° o 13° giorno la febbre cade, lo stato generale migliora e nella 3ª settimana l'infermo entra in convalescenza, che dura molto a lungo costringendo ad una degenza a letto anche per mesi.

Nei bambini la malattia può avere un decorso molto leggero e durare 5-6 giorni, e nei casi gravissimi la morte si ha anche prima dell'esantema.

Le complicazioni nella prima settimana riguardano sopra tutto il sistema nervoso: dolori, parestesie, neuriti, disturbi dei nervi cranici specie dell'ottico e dell'acustico, fenomeni bulbari con disturbi a carico della parola, della deglutizione e del respiro, talvolta sintomi extrapiramidali. I disturbi psichici che non mancano quasi mai scompaiono in genere con lo sfebbramento, ma possono persistere anche durante la convalescenza. Non sono rari sintomi d'irritazione meningea. Al principio talvolta si ha una bronchite alla quale nella seconda settimana può seguire una broncopulmonite. Un'altra complicazione frequente è la parotite che ha un significato prognostico sfavorevole. Si possono avere anche suppurazioni della pelle, decubiti, eresipela, gangrena delle estremità, gangrena pulmonare, e otiti purulente. La milza spesso al principio è molto ingrossata e un po' dolente alla pressione, ma nelle seconda settimana diminuisce di volume. La nefrite emorragica è rara. La perdita di peso durante la febbre è impressionante. Spesso permane per lungo tempo notevole astenia, labilità psichica, debolezza circolatoria.

La diagnosi non è difficile specie se si è avuta l'opportunità di vedere altri casi di tifo esantematico. Questo si distingue dal tifo addominale per l'inizio acuto, il rapido aumento della febbre e della frequenza del polso, la rapida comparsa dei sintomi cerebrali, i caratteri della roseola, la leucocitosi, l'emocultura negativa, la reazione Weil-Felix positiva, l'aspetto dell'infermo. L'esantema può far pensare al morbillo ed alla meningosepsi, ma lo stato del paziente e il reperto della puntura lombare valgono ad evitare ogni confusione.

La prognosi dipende dalle condizioni preesistenti dell'infermo e dai caratteri dell'epidemia: la mortalità in Polonia prima del 1914 era del 6 %, ma durante la guerra raggiunse perfino il 58 %.

La profilassi è molto semplice: pulizia rigorosa, isolamento di tutte le persone sospette. Si pratica anche un'immunizzazione attiva: 3 iniezioni di una sospensione in soluzione di cloruro di sodio e acidofenico di intestini di pidocchi infetti con Rickettsia. Il sangue dei malati è infettante finchè dura la febbre, non lo sono le feci, le urine e la saliva.

Non si conosce un trattamento specifico: il sangue dei convalescenti non dà i successi vantati da qualcuno. La cura è sintomatica: antipiretici, cardiocinetici, calmanti, ipnotici, analgesici.

Il *tifo ricorrente*, che deve il suo nome alla periodicità degli accessi febbrili, si verifica ancora in forma sporadica, ma raramente in tutti i continenti. Assume forma epidemica solo in occasione delle guerre: particolarmente funeste furono l'epidemia della guerra balcanica del 1913 e l'epidemia verificatasi in Turchia durante la guerra mondiale.

L'agente specifico è lo spirillo di Obermeier, che si trova nel sangue durante l'accesso febbrile.

La trasmissione avviene a mezzo di puntura di pidocchi del capo e delle vesti. È possibile il contagio nel personale di assistenza e di laboratorio attraverso piccole lesioni cutanee.

Il tifo ricorrente è una malattia invernale, perchè è durante la stagione fredda che si sviluppano di più i pidocchi.

Dopo 5-7 giorni d'incubazione si ha un brivido violento, e rapido aumento della temperatura fino a 40° e più. Contemporaneamente si hanno dolori al capo, agli arti, al dorso e non di rado nausea e vomito nonchè senso di peso alla milza ed al fegato. Malgrado l'altezza della febbre il sensorio è quasi sempre libero. La frequenza del polso è corrispondente all'altezza della febbre. Al quarto o quinto giorno si può avere una leggera bronchite ed epistassi. Nelle urine si riscontrano albumina in scarsa quantità e urobilinogeno, ma la diazoreazione è negativa. La febbre dura continua per 5-7 giorni quindi scompare improvvisamente, la temperatura cade anche al di sotto normale con violenta cefalea e talvolta anche con collasso. Dopo 6-8 giorni di fase afebbrile, durante la quale si ha spesso bradicardia, si ha un nuovo brivido ed un secondo accesso febbrile con tumore di milza della durata di 3-5 giorni. Nel 50 % dei casi la malattia termina con questo secondo accesso, ma si possono avere anche 3, 4 e anche 5 accessi distanziati da intervalli sempre più lunghi.

Le complicazioni più frequenti sono: collasso circolatorio, emorragie specie nasali, pulmonite, disturbi nervosi, paralisi dei nervi cranici, orchite e, specie nelle epidemie africane, irite e congiuntivite.

Spesso, durante la guerra, si hanno casi misti di tifo ricorrente e petecchiale.

La diagnosi durante l'accesso febbrile è facilitata dall'esame del sangue che mette in evidenza il caratteristico spirillo.

La profilassi, come per il tifo petecchiale, consiste nella pulizia e nella lotta contro i pidocchi.

Il trattamento specifico consiste nell'iniezione endovenosa di gr. 0,6 di neosalvarsan durante l'accesso febbrile. Spesso la guarigione è drammatica: dopo 12 ore dall'iniezione la febbre cessa e non ritorna più.

La *febbre dei cinque giorni* è detta anche *febbre volinica, influenza polacca, tifo intermittente russo, febbre della Mosa, febbre da trincea.* Dobbiamo tutte le attuali conseguenze su questa malattia alla guerra mondiale. Töpfer riconobbe come agente specifico una Rickettsia analoga a quella del tifo petecchiale, che si trova nello stomaco dei pidocchi del capo e delle vesti, i quali trasmettono l'infezione. Come tutte le infezioni trasmesse dai pidocchi la febbre dei cinque giorni è più frequente nei mesi freddi.

L'incubazione dura da 10 giorni a 2 mesi. La febbre si manifesta per lo più senza brividi ed è accompagnata da spossatezza, vertigini, cefalea sopra tutto sopraorbitaria e frontale e da dolori a tipo neuralgico reumatico al dorso, ai lombi ed alle estremità. Dopo 12, 24 ed anche 48 ore la febbre cade per ricomparire dopo circa tre giorni Dopo tre-quattro ed anche più accessi l'infermo guarisce più o meno rapidamente. Non sono stati registrati casi mortali.

La diagnosi non è difficile per la periodicità della febbre accompagnata da dolori a tipo neuralgico reumatico, fatto quest'ultimo caratteristico tanto che si è proposto di chiamare la malattia: *Febris neuralgica.* Spesso sono dolenti alla pressione i tronchi ed i punti di emergenza dei nervi. Comunque è possibile la confusione con la malaria, l'influenza, il tifo ricorrente, il morbo di Bang.

Per la cura non c'è che il piramidone che agisce come antineuralgico e come antipiretico.

Oltre a queste tre malattie che possono verificarsi sia negli eserciti che nelle popolazioni civili di paesi dove le infezioni sono diventate rarissime o sono anche scomparse, le guerre possono determinare le epidemie di altre infezioni che da tempo non si verificano nei popoli di maggiore civiltà, come il colera o la peste, possono fare diffondere agli uomini malattie abitualmente proprie degli animali, come la morva, il carbonchio, la trichinasi, o moltiplicare i casi di infezioni normalmente rare, come la tularemia.

DR.

Cosa significa la cura « tempestiva » delle ferite al fronte?

(G. SCHÖNE, *Med. Klinik*, 13 ottobre 1939).

Compito principale della chirurgia da campo nelle formazioni di Sanità più avanzate è la lotta contro l'infezione. È vero che sul campo di battaglia un'alta percentuale di quelli che riportano ferite mortali, soccombono alla emorragia; pure la guerra perderebbe molto dei suoi terrori se si riuscisse ad impedire la infezione delle ferite. Ad eccezione della fasciatura fatta nelle primissime linee, la prima cura della ferita sarà per lo più quella limitata alle ferite da fuoco di fanteria non complicate, con netti fori di entrata e di uscita e a molte ferite senza foro di uscita. Proiettili superficiali vanno rimossi, senza suturare. I contorni della ferita vanno rasati, e pennellati di tintura di iodio: medicazione asettica, senza che la fasciatura comprima troppo le parti. In molte ferite delle parti molli è utile la immobilizzazione con doccie, specialmente se sono colpite le estremità inferiori: nelle fratture si immobilizzeranno le due articolazioni vicine. Le fasciature vanno fatte in modo da poter controllare di continuo lo stato della estremità ferita. Quasi tutte le ferite che non danno una quasi sicura garanzia di sfuggire alla infezione, vanno trattate con la cura chirurgica precauzionale. Anche i proiettili moderni di fanteria provocano spesso lacerazioni grossolane, specie al foro di uscita, nelle ferite

tangenziali o se il proiettile si deforma. La infezione della ferita può essere primaria o secondaria. Nel primo caso viene portata ai tessuti dal proiettile stesso da materiale infetto che trascina in profondità. Gli sforzi del medico in guerra si dirigono soprattutto contro questa infezione primaria. Per lo più i segni di infezione si iniziano solo dopo che sono trascorse almeno 6-8 ore dalla ferita: è questo l'intervallo di tempo in cui secondo Friedrich si può ricorrere alla escissione della ferita. Queste cifre sono però solo approssimative: vi sono casi in cui l'intervallo utile si prolunga fino a 10 e anche a 12 ore, mentre singoli casi mostrano segni palesi di infezione locale già entro le prime 6 ore. Ad ogni modo quanto più precocemente si può intervenire con la chirurgia preventiva delle ferite, tanto maggiori sono le probabilità di successo. P.

DISCUSSIONI IMPORTANTI

Discussione sulla diagnosi differenziale e la cura dei calcoli dell'uretere.

Svoltasi alla Sez. di Urologia della Royal Soc. of Medecine di Londra (*Prooced. of the Roy. Soc. of Medec.*, agosto 1939), si è iniziata con una comunicazione di E. C. Lewis, che ha riferito su 65 casi osservati in malati con età variabile da 18 a 68 anni. In 42 c'era colica, in 39 ematuria, in 13 il calcolo passò spontaneamente, in 31 dopo trattamento transcistoscopico, in 16 fu tolto con intervento chirurgico, in 5 fu fatta nefrectomia, in 3 c'era più di un calcolo e in uno anuria calcolosa.

La diagnosi differenziale dei calcoli uretrali va fatta con altre malattie del tratto urinario, con disturbi cronici dell'apparato digerente, in evenienze addominali acute e di malattie di organi pelvici.

Molti ritengono la colica il sintoma più frequente, e così è stato in questi casi. C'è però divergenza sul meccanismo con cui si produce il dolore. Secondo Keyes è provocato dalla distensione renale per occlusione dell'uretere, secondo Jeanbrau dalla pressione eccentrica del calcolo sulla parete dell'uretere mentre questo si contrae, secondo Bachrash per uno spasmo muscolare riflesso. In tutti i casi in cui c'è dolore bisogna pensare ad una migrazione del calcolo, in atto o semplicemente tentata. Come norma l'inizio brusco, la limitazione ad un solo lato, l'irradiazione posteriore fanno pensare ad un calcolo ureterale, ma è bene ricordare che il dolore può avere inizio molto in basso ed irradiarsi verso l'alto, può avere la sua massima intensità al punto di Mac Burney in modo da simulare un'appendicite, o all'ipocondrio destro in modo da simulare una lesione colecistica.

L'ematuria è il sintoma che segue, per frequenza, la colica. Si può avere però anche nell'appendicite, e, associata alla colica, si può avere in malati che eliminano grande quantità di cristalli o che hanno coaguli da emorragia renale.

Una volta incuneato il calcolo, la sintomatologia può essere silente per quanto riguarda l'uretere, sebbene si possa ancora provocare colla pressione un dolore localizzato lungo il decorso dell'uretere.

L'esame pelvico dimostra un uretere dolente e qualche volta permette anche la palpazione del calcolo.

In alcuni malati il solo dolore avvertito è sul rene ed è dovuto alla distensione per formazione di idro o pionefrosi da occlusione ureterale. Il calcolo nell'uretere pelvico dà per lo più questi sintomi: disuria, minzione frequente e dolore perineale (e allora si fa spesso diagnosi di cistite). L'orificio dell'uretere osservato al cistoscopio non è alterato, a meno che il calcolo non si trovi nella porzione intramu-

rale o subito dopo. Se l'estremo vescicale è occluso c'è edema considerevole e ipertrofia papillare che può simulare un neoplasma.

Per quanto riguarda i sintomi gastrointestinali l'O. ricorda che alla Clinica Mayo il 25 % dei malati di calcolosi dell'uretere aveva dolori addominali diffusi con nausea e vomito ed entrano nella discussione diagnostica l'appendice, la colecisti e il colon.

Il calcolo dell'uretere può dare una sintomatologia gravissima, come è successo nel caso di Salvin in cui ci fu rottura spontanea dell'idronefrosi al di sopra del calcolo. Calcoli incuneati possono dare perforazione con susseguente formazione di ascesso o di peritonite. In qualche caso la calcolosi dell'uretere ha simulato un'occlusione intestinale acuta o una malattia genitale o rettale. Ci sono casi in cui i soli sintomi sono stati diarrea e defecazione dolorosa.

La cura comprende: 1) i tentativi di aumentare la peristalsi ureterica nella speranza che il calcolo passi naturalmente; 2) manipolazioni transistologiche; 3) rimozione del calcolo mediante operazione.

Per aumentare la peristalsi si possono dare grandi quantità di liquidi tenendo il malato in piedi e facendolo camminare. Contemporaneamente si dànno sostanze diuretiche. Se la colica e il vomito impediscono l'ingestione di liquidi, si facciano trasfusioni di soluzione fisiologica. Inoltre ipofisina con atropina.

Se la colica è violentissima si ricorre alla morfina. Lauber preferisce alla morfina la novalgina endovenosa, 5 cc. Altri preferiscono altri medicamenti; la prostigmina, la glicerina, per os, il gluconato di calcio endovenoso, l'efedrina, gli estratti pancreatici. Possono essere utili i lavaggi intestinali, che stimolano il colon e per riflesso l'uretere.

Se il calcolo non passa spontaneamente in vescica, si devono tentare i metodi transcistoscopici. Il metodo più semplice è quello di dilatare l'uretere. Si può anche introdurre olio o glicerina a livello del calcolo. Il metodo di Mc Kay consiste nel dilatare l'uretere e nel passare poi una sonda alla cui estremità sono attaccati dei fili di seta; ritirando la sonda il calcolo può essere preso dai fili. Un metodo che somiglia a questo è quello di introdurre 3 o 4 cateteri sottili fino ad oltrepassare il calcolo, poi stringerli e ritirarli.

Non si devono mai adoperare dilatatori metallici dell'uretere.

Se non si ha risultato soddisfacente da questi metodi, bisogna fare un intervento chirurgico.

L'indicazione più urgente all'intervento è l'anuria calcolosa, in cui non è permessa nessuna esitazione. Se l'ostruzione non si può togliere, si farà una nefrostomia riservandosi di togliere il calcolo in un secondo tempo.

D. C. Staveley ha parlato poi dei metodi radiologici di indagine per la diagnosi dei calcoli dell'uretere. Come metodo abitudinario si fa un radiogramma in proiezione anteroposteriore e uno in proiezione laterale. Caso per caso si dovrà decidere se fare un pielogramma endovenoso o retrogrado.

L'80 % dei calcoli è opaco ai raggi e si tratta di calcoli di fosfati, carbonati e, ossalato di calcio, di fosfato ammonio-magnesiaco e di cistina. L'altro 20 % è rappresentato da calcoli di urato di sodio e di xantina.

Le opacità che si devono distinguere dai calcoli sono le calcificazioni glandolari, i fleboliti e a volte i calcoli biliari, le opacità dell'appendice, fibrificazione calcificate e calcificazioni isolate dal sacro.

A questa comunicazione è seguita l'esposizione di numerosi radiogrammi.

E. H. Rockstro ha riferito su una statistica di 299 casi di calcoli ureterali curati in 10 anni all'University College Hospital e all'ospedali S. Pietro. L'età più colpita è dai 26 ai 45 anni e più i maschi delle femmine. L'arresto del calcolo era nella porzione lombare nel 19,82, nell'iliaca nel 5 %, nella pelvica nel 62 % e intramurale nel 12,9 %. L'irradiazione del dolore si aveva dal lombo alla scapola nel 0,6 %, alla parte anteriore dell'addome nel 5 %, all'inguine e parte bassa dell'addome nel 21,3 %, all'inguine e ai genitali esterni nel 19 %, all'inguine e all'anca nel 6 % e ascendente (dall'inguine al lombo) nel 4,3 %.

La frequenza degli altri sintomi era questa: disuria nel 57 %, ematuria nel 34,5 %, vomito nel 42 %, anuria nel 3,3 %.

L'intervento chirurgico fu fatto nel 47,7 % dei casi con mortalità del 2,1 %. La causa più frequente di morte è stata l'uremia; vengono poi la broncopolmonite, la setticemia, la pionefrosi, l'embolia polmonare. Fra i morti, molti erano già in pessime condizioni prima dell'intervento.

Questa statistica è dettagliatamente confrontata con quelle di Jeanbrau, Grossman, Ravich e Winsbury e Wite. L.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

E. FORGUE et AIMES. *Les pièges de la chirurgie en diagnostic et thérapeutique*. Masson, Parigi, 1939. Prezzo frs. 120.

In questo suo recente libro, che ha per sottotitolo « errori o sbagli o fatti presunti tali, condizioni e limiti della responsabilità », il prof. Emilio Forgue ha tratto dalla sua lunga esperienza clinica, e insieme al prof. Aimes, ha esposto in un volume di oltre 500 pagine tutto quanto si riferisce alle cause e alle modalità di possibili errori in chirurgia, per quel che riguarda la diagnosi e la tecnica operatoria, in rapporto alle responsabilità del chirurgo e ai suoi limiti di fronte alla giurisprudenza.

Nella prima parte e più precisamente nel primo capitolo, che egli intitola « nostra culpa » e cui premette una confessione di Dupuytren, che alla fine della sua carriera diceva: « io mi sono sbagliato, ma mi sono sbagliato meno degli altri », egli esamina con quella probità che ha sempre mantenuto nella vita e nell'insegnamento, le cause e le condizioni dell'errore, sempre possibile, sia nella diagnosi sia e specialmente nella indicazione e poi nell'esecuzione di un intervento. Dobbiamo cercar sempre di ridurne al minimo la frequenza poichè è questo l'obbligo essenziale del chirurgo e specialmente del clinico; riconoscere le ragioni di un errore e confessarlo senza esitazione per evitarlo possibilmente in avvenire, soprattutto quando si deve insegnare agli altri, ancora di scarsa esperienza, e che devono profittare dei nostri errori.

Non è possibile in un breve cenno bibliografico non solo esporre una sì larga messa di pratica, di moniti preziosi, di dottrina che è a piene mani profusa nei vari capitoli del libro, ma neppure riassumerne le singole parti.

Chi li leggerà attentamente ammirerà senza riserve la grande esperienza clinica e la profonda coscienza dell'A. e troverà sia nella parte generale che in quella speciale sui diversi organi e apparecchi, una dovizia di osservazioni e di esempi, che ci possono guidare e servire di ammaestramento in una serie vastissima di casi particolari.

Mi limiterò a spigolare qua e là alcuni spunti di idee che mi sembrano specialmente suggestivi.

Dove egli parla dei campi nuovi cui la chirurgia si va estendendo, come la chirurgia endocrina, la chirurgia del simpatico, la neurochirurgia, e in cui l'orientamento è più in senso fisiologico che anatomico, osserva che in questa evoluzione i risultati restano spesso ancora incerti e quasi empirici, e l'operazione può talora considerarsi alla stregua di una ricerca sperimentale. Ciò è del tutto legittimo, se mantenuto in una misura che non turbi l'atto operativo o ne comprometta la sicurezza.

Ma in caso d'insuccesso questo non può esporci ad accuse?

E confessa che fra le cause di questa possibilità, vi è anche da riconoscere, che nella nostra professione possono esserci, e vi sono, degli amorali, dei bisognosi o avidi e anche dei delinquenti!

Più la chirurgia diviene potente, più essa deve divenire morale; è una massima di Ollier, che l'A. riporta e che deve essere sempre tenuta presente, perchè è bene ricordare che anche al di sopra dei tribunali vi è una sanzione e una responsabilità più alta, quella della nostra coscienza.

ROBERTO ALESSANDRI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

KAPPIS M. *Chirurgische Diagnostik*. Edit. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1937, 1 vol. di pag. 736 con 545 figure. RM. 23.

La seconda edizione della diagnostica chirurgica del Kappis è rinnovata completamente tanto che per chi conosce la prima edizione questa apparirà opera nuova. Questo libro del Kappis è largamente conosciuto e ha servito a schiere di medici e chirurgi sia nella preparazione agli esami che nel perfezionamento e nell'aggiornamento dei loro studi. Lo studio clinico ha come premessa fondamentale una conoscenza teorica completa della diagnostica sia in rapporto al rilievo dei sintomi che alle ricerche cliniche e sperimentali che possono esser richieste. Questa prima parte del compito è assolto nella parte generale del libro in circa 300 pagine. Il resto è dedicato alla diagnostica speciale ed è qui particolarmente il pregio del libro che rispecchia la coltura e la maestria clinica dell'autore. In singoli capitoli disposti con ordine topografico vengono riassunti i dati fondamentali di tutte le lesioni che si possono incontrare ed elencati, discussi ed esposti i vari dati differenziali sia clinici che di laboratorio sia radiologici che strumentali che possono guidare alla diagnosi corretta. Ed è perciò che il libro sarà consultato anche da medici oltre che da chirurgi in quanto una suddivisione netta tra malattie mediche e chirurgiche è in gran parte solo apparente.

P. VALDONI

H. HAIMOVICI. *Les occlusions artérielles aiguës des membres*. Editore Masson, Parigi. Prezzo Fr. 26.

Il problema delle occlusioni arteriose acute degli arti presenta notevole difficoltà fisio-patologiche, cliniche, e terapeutiche. La distinzione tra occlusioni da cause parietali (traumatiche, infettive, ecc.) ed occlusioni da emboli ha un grande interesse pratico perchè dalla diagnosi etiologica precisa e rapida dipende l'indirizzo curativo.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Il libro, che espone chiaramente lo stato attuale della quistione, consta dei seguenti capitoli: 1) Condizioni fisico-patologiche delle occlusioni arteriose acute; 2) Sindrome di occlusione arteriosa acuta; 3) Diagnosi; 4) Prognosi; 5) Indicazioni terapeutiche. DR.

G. HOHMANN. *Fuss und Bein (ihre Erkrankungen und deren Behandlung).* Edit. I. F. Bergmann, Monaco, 1939, 1 vol. di pag. 460 con 405 figg. RM. 26,70.

Il libro di Hohmann, che è direttore della Clinica ortopedica di Francoforte, tratta esclusivamente delle malattie che possono colpire il piede e la gamba e della loro cura. In pochi anni siamo arrivati alla terza edizione del manuale; questa è la migliore dimostrazione dell'interesse che ha suscitato l'opera che è redatta in modo ampio ed esauriente e completo come è caratteristica degli autori tedeschi.

Il numero delle pagine ci indica subito non solo l'ampiezza della trattazione ma anche la sua compiutezza: sono circa sessanta le malattie o deformità che vengono trattate in vari capitoli e moltissime di queste non trovano di solito nemmeno un accenno nella maggior parte dei trattati. Vi sono alcuni capitoli come quelli della statica del piede, sulla scelta delle scarpe, sulla prevenzione di alcune malattie e deformità, sulla cura di alcune affezioni che suscitano particolare interesse. Si pensi soltanto al gran numero di persone che soffrono per malattia del piede. L'edizione è molto accurata. VALDONI.

H. MÜLLER. *Die Moderne Anämiebehandlung.* Editore F. Enke, Stoccarda, 1939.

È una sintetica, completa esposizione del moderno trattamento dei vari tipi di anemia, con particolare riferimento all'anemia perniciosa ed alle anemie ipocromiche da perdite emorragiche, da causa infettiva, parassitaria, l'anemia dei lattanti, l'anemia ipocromica essenziale, ecc.

In modo preciso è esposto specialmente il trattamento epatoterapico e quello con ferro. Sono ricordati i vari preparati tedeschi sia di ferro che di fegato, alcuni di questi ultimi, in associazione alla vitamina C sono molto meglio sopportati del comune ferro ridotto anche da soggetti intolleranti al ferro che produce dolori addominali e diarrea.

La breve monografia di Müller (66 pagine) riesce utile ad ogni medico che debba trattare anemie primarie o secondarie.

CORELLI.

C. BRUNI. *Clinica terapeutica delle malattie urinarie.* III Ediz. L. Cappelli, Bologna, 1939, p. 326, fig. 76. L. 26.

Non v'è certo miglior raccomandazione per un libro che il vederlo ristampare. Per la Clinica Terapeutica delle malattie urinarie di C. Bruni, questo fatto si è già ripetuto una volta e si ripete ancora una terza. Quindi i fatti parlano di per se stessi, ed esonerano il recensore a delucidazioni, a critiche, a commenti.

Tuttavia due parole di presentazione non guasteranno e niente osta che si dica come l'opera si è andata arricchendo di notizie, di capitoli e di figure, costituendo così un prezioso vadecum per ogni studente ed ogni medico pratico.

La patologia degli organi del sistema urinario è divisa in tanti capitoli, quanti sono gli organi. Per le singole affezioni sono ricordate l'etiologia, la patogenesi, la sintomatologia più comune, le eventuali complicazioni. La cura occupa la parte maggiore, poichè ad essa è improntata l'opera.

Alcuni grandi sintomi: l'ematuria, la piuria, l'anuria, sono trattati, come il cateterismo, a parte, perchè riconosciuti d'importanza fondamentale.

Aleggia nel libro la personalità dell'autore, che viene giustamente considerato tra i più competenti urologi italiani, e che è sempre stato un assertore infaticabile delle specialità. Dalla sua esperienza son tratti i consigli, che, per esser vita vissuta e vagliata dal tempo, non potrebbero esser migliori.

ERMANNO MINGAZZINI.

G. CASO. *L'autarchia del medicamento italiano.* Un vol. in 8° di 101 pagg. Ist. Fasc. Africa italiana, Napoli, 1939.

L'A. affronta con larghezza di vedute lo scottante problema di liberare il nostro approvvigionamento farmacologico dall'industria straniera, cosa indubbiamente utile e dignitosa, ma non sempre molto agevole, anche perchè alcuni prodotti rappresentano il frutto di anni di lavoro e non sono sempre sostituibili. È un fatto, però, che si è avuto in questi ultimi tempi un vivace risveglio nelle nostre industrie chimico-farmaceutiche, in cui è investito un capitale aziendario di oltre 300 milioni, mentre il valore della produzione annua si aggira sul mezzo miliardo.

L'A. esamina singolarmente i vari prodotti e lo stato attuale e futuro della loro produzione in Italia, facendo poi proposte pratiche anche per una buona, seria ed attiva propaganda. Fra le altre proposte, una ne trovo assai giusta ed è quella di un concordato fra le ditte italiane produttrici di medicinali sintetici, da mettersi in commercio con un solo nome brevettato. È un desiderio che viene naturale, quando si ponga mente, per esempio, alla grande varietà di nomi dei preparati sulfamidici, per cui il medico finisce per disorientarsi ed adottare, magari, il prodotto straniero, che per primo ha attirato la sua attenzione. Auguriamoci che il seme sparso dall'A. cada su un buon terreno e che l'industria del farmaco italiano sia prospera e feconda. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La questione del pneumotorace spontaneo.

Il pneumotorace spontaneo idiopatico colpisce individui in apparenza completamente sani, più gli uomini che le donne, più i giovani che i vecchi, generalmente senza causa traumatica di sorta, oppure con una del tutto consueta, che in un individuo perfettamente sano non porterebbe mai a rottura della superficie polmonare. Entrano probabilmente in scena dei fattori costituzionali, quali la tendenza della pleura stessa ad accollarsi o ad aderire, in occasione di stimoli infiammatori.

Secondo A. Sattler (*Wien. med. Wochens.* e *Med. Welt*, 18 novembre 1939) il substrato patogenetico del pneumotorace spontaneo idiopatico è la vescicola pleurica, che può essere unica o multipla, di grandezza varia, fino al massimo di una sola vescica gigante. Anche lo spessore delle pareti varia, da una struttura bianco-opale, fino ad un'estrema sottigliezza. Dal punto di vista meccanico, si può ammettere la possibilità dell'uscita di aria dalla parete permeabile della vescicola, come pure da discontinuità macroscopiche. La vescicola permeabile funziona come una specie di regolatore di aria, fra la valvola bronchiale e lo spazio pleurico; la quantità di aria che fuoriesce nell'unità di tempo (e che varia secondo i casi) agisce nel determinismo della gravità dei fatti clinici e dipende dalle particolarità meccaniche del punto di uscita dell'aria stessa.

Questa forma di pneumotorace mostra una certa affinità con i « versamenti di aria », che si trovano come complicazione di determinati processi polmonari per lo più sclerosanti. La loro base patogenetica è la vescicola cicatriziale; il decorso clinico è analogo a quello del pneumotorace spontaneo, ne muta soltanto la gravità, in rapporto alle lesioni organiche. Il pneumotorace spontaneo, che si osserva raramente negli enfisematosi veri, appartiene clinicamente e morfologicamente alla forma traumatica, non infettata, che si può avere nel riempimento del pneumotorace artificiale, per lesione del tessuto polmonare; clinicamente, si presenta come quello idiopatico spontaneo. *fil.*

Alcune osservazioni sulla cura della tubercolosi polmonare.

Un fattore da prendersi in seria considerazione nella cura della tubercolosi polmonare dicono G. Petzold e G. Zaeper (*Klin. Wochenschr.*, 30 settembre 1939) è la diminuita funzione respiratoria di cui spesso soffrono questi ammalati; specie se si sono loro praticati interventi terapeutici e soprattutto i vari procedimenti di collassoterapia. Quando la insufficienza respiratoria supera un determinato grado, l'organismo cerca di reagire con una iperventilazione (il contrario dunque del riposo polmonare che si vuole ottenere con la collassoterapia e soffre per la carenza di ossigeno, che è molto dannosa per il decorso del processo tubercolare. Nella terapia della tubercolosi e soprattutto nella collassoterapia è di fondamentale importanza orientarsi bene nel singolo caso sulla funzione respiratoria; l'orientamento riesce oggi facile per mezzo della spirografia mentre si fa respirare aria con differenti concentrazioni di ossigeno. Vari casi di tubercolosi studiati con la spirografia dimostrano che sia nelle forme trattate conservativamente che in quelle curate con il pneumotorace o con la toracoplastica possono aversi considerevoli alterazioni della *funzione respiratoria con forti deficit arteriosi* (nei primi 2 casi deficit ossigeno di 50 cmc./minuto, nel 3° caso 110 cmc./minuto): queste alterazioni della funzione polmonare non sono rivelati dai comuni metodi di indagine (capacità vitale, valore-limite del respiro). In un quarto caso di tubercolosi trattata con pneumotorace bilaterale fatta a stretta regola d'arte, l'esame spirografico dimostrò un deficit di ossigeno di 124 cmc./minuto. Cercando di compensare tale deficit col far respirare il paziente in aria ricca di ossigeno, si vide che il deficit arrivava per lo meno a 2 1/2 litri, deficit che non poteva non aver gravi conseguenze per l'organismo tubercoloso. Tutti questi risultati hanno una notevole importanza pratica. Per la cura di tubercolosi che presentano dei deficit di ossigeno e in cui non sia indicata la collassoterapia è sommamente utile la respirazione prolungata di miscele arricchite di ossigeno (tenda, stanza, maschera di ossigeno) specialmente se la respirazione si calma con l'uso di queste miscele. Nella maggior parte dei casi sono sufficienti concentrazioni di ossigeno di 25-30 %. Nei procedimenti collassoterapici e soprattutto nel pneumotorace si cercherà di dosare il collasso in modo da evitare una insufficienza respiratoria: si ottiene questo con un regolare controllo spirografico ed eventuale variazione del riempimento. Nel singolo caso un *deficit arterioso* può venir ridotto e perfino soppresso sia talvolta da un aumento altre volte da una diminuzione del collasso. Così in un caso di Petzold un deficit di 70 cmc. venne ridotto a 50 cmc. con l'aumentare il riempimento pneumotoracico. Una ulteriore riduzione a 20 cmc. si ottiene poi con lo schiacciamento del frenico. In altri casi si ottiene una riduzione del pneumotorace. Nei casi in cui non sia possibile nè aumentare (p. es. a causa di spostamento mediastinico) nè diminuire il riempi-

mento (p. es. caverna) è indicata in via transitoria la respirazione di miscele ricche di ossigeno, come lo si è detto per la cura conservativa della tubercolosi polmonare. A tale riguardo, soprattutto per la durata della respirazione di tali miscele, sono però necessarie ulteriori osservazioni. P.

Cura degli empiemi gravi complicanti il pneumotorace artificiale con la pleurotomia precoce associata ad aspirazione pleurica.

Gli empiemi come complicanza del pneumotorace sono oggi riscontrati, almeno nei grandi istituti specializzati in una percentuale assolutamente bassa, in confronto di quanto avveniva alcuni anni fa. Inoltre queste complicanze pleuriche vengono trattate più razionalmente e Ioly H. (*Presse Médicale*, 14 giugno 1939) pensa che la pleurotomia precoce seguita da una aspirazione pleurica sia destinata a grandi successi e a soppiantare le punture seguite da lavaggi della cavità pleurica, che pure hanno risultati ottimi. Solo un drenaggio continuo permette il prosciugamento permanente della pleura e evita quasi con certezza una diffusione controlaterale; ma per ottenere questi risultati necessita che la pleurotomia sia fatta precocemente, non dopo lunghe suppurazioni quando la pleura è ispessita con la costituzione di una cavità pleurica cronica fistolizzata impossibile a ridursi. L'aspirazione permette di agire sull'infezione, di conservare l'elasticità della pleura, aspira il polmone retratto e provoca la sua riespansione. Si può così lottare contro la costituzione della pachipleurite e della parietite, ricuperare la funzione del polmone sottostante, giungere a una sinfisi pleurica progressiva che è il modo di guarigione degli empiemi dei tubercolotici.

La riespansione polmonare si può obbiettare, riporta in attività le lesioni per le quali si era istituito il pneumotorace; una toracoplastica parziale può essere utile. L'aspirazione pleurica che è stata usata dapprima dagli AA. Italiani, è ora diffusa largamente anche in Francia.

L'A. ha riunito 30 casi di empiemi gravi da pneumotorace osservati in un sanitario prima che fosse usata la pleurotomia precoce con aspirazione.

Di questi 30, 16 morirono rapidamente durante la fase acuta iniziale e 14 sopravvissero alla fase iniziale, ma i risultati a distanza furono in gran parte sfavorevoli per l'evoluzione verso la cronicizzazione della infezione pleurica. Due malati trattati con la pleurotomia precoce e l'aspirazione hanno avuto un decorso ottimo e in fine la guarigione completa, verificata a distanza. Sia la tecnica da seguire nella pleurotomia che per l'aspirazione pleurica hanno delle loro modalità particolari, che l'A. descrive. Bendandi.

Cura adrenalinica dell'asma bronchiale.

Accessi di asma spesso ripetuti provocano alterazioni nell'organismo, alterazioni persistenti e gravi: bronchite cronica secondaria, enfisema cronico dei polmoni, ipertrofia del cuore, disturbi cronici della circolazione. Può poi anche fissarsi in modo irrimediabile il riflesso nervoso per cui ogni minimo stimolo esogeno o endogeno produce un attacco di asma. Il mezzo più sicuro per troncare gli accessi è l'adrenalina: ma se questa viene usata per iniezione, può produrre seri inconvenienti secondo O. Raupenstrauch (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 13 ottobre 1939). La brusca azione della adrenalina introdotta per via ipodermica danneggia alla lunga la regolazione spontanea del tono vegetativo ed aggrava così uno dei fattori del circolo vizioso patologico. Nella cura dell'asma bronchiale l'adrenalina deve essere usata solo per inalazione. L'A. vanta un preparato fenolato contenente il 5 % di adrenalina, che si usa per mezzo di uno speciale inalatore. Queste inalazioni sono tollerate senza alcuna irritazione locale, il tono vasale non viene quasi alterato, viene favorito il sonno. P.

L'azione della beta-fenil-isopropilamina sulla mucosa nasale.

A. Magnoni (*L'oto-rino-laring. ital.*, gennaio 1939) ha fatto molte osservazioni cliniche ed ha eseguito un preciso studio rinomanometrico sull'azione di questa sostanza, che da qualche anno è entrata in terapia ed è nota sotto il nome di specialità. L'A. ha potuto obbiettivare l'effetto vaso-costrittore che tale sostanza esercita sulla mucosa delle prime vie respiratorie, per cui si determina una maggiore permeabilità nasale. Dalle prove comparative, risulta la superiorità di tale sostanza sull'adrenalina, di cui l'effetto appare più fugace (10 minuti ed anche meno) e talora meno intenso; senza contare che l'azione dell'adrenalina è seguìta da una vasodilatazione secondaria, che peggiora la pervietà nasale, il che non si osserva con la beta-fenil-isopropilamina.

Clinicamente, risulta l'azione benefica, non soltanto sintomatica (pervietà nasale che dura 30-40 minuti) ma anche nel senso di rendere più rapida l'evoluzione del processo morboso delle riniti acute, di diradare le crisi di ostruzione nelle riniti vaso-motorie, di favorire il deflusso del pus nelle etmoiditi anteriori, ecc.

In altri casi, come nell'ipertrofia dei turbinati, l'effetto è soltanto palliativo, ma non mai trascurabile, tanto più che esso non è seguìto come quello dell'adrenalina, da vasodilatazione secondaria.

L'A. accenna ai vantaggi che offre la forma volatile in confronto di quella oleosa di somministrazione del rimedio, la quale ha comunque sempre effetti benefici. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Batteriologia della febbre reumatica.

W. R. F. Collis (*The Lancet*, 14 ottobre 1939) dopo aver preso in esame i diversi punti di vista e i diversi dati batteriologici-sperimentali, riguardanti l'eziologia tanto discussa della febbre reumatica, pur riconoscendo la grande incertezza ed oscurità ancora presenti in questo campo, crede di poter concludere che certi streptococchi emolitici tossigeni partecipino in modo determinato alla malattia: anche se essi non sono il solo agente infettivo, essi devono almeno essere considerati come attivatori della malattia sia nei suoi attacchi primitivi che nelle recidive secondarie. A sostegno di questo suo convincimento, riferisce di sue ricerche batteriologiche culturali, condotte sia a mezzo di emoculture in vita che con esami culturali di organi diversi *post-mortem*.

Mentre 130 emoculture, nonostante la lunga osservazione e le ripetute subculture secondo il metodo di Nicholls, Cecil e Stainsby, risultarono praticamente negative, reperti interessanti furono ottenuti dalle culture *post-mortem*: su 17 autopsie di febbre reumatica, lo streptococco emolitico fu ottenuto da 14 su 15 tonsille, da 13 su 27 ghiandole cervicali o mediastiniche, e da 22 su 42 valvole cardiache.

L'A., pur non volendo dedurre nessuna conclusione definitiva da questi risultati, ritiene opportuno che siano continuate le indagini in questa direzione, non potendo ammettere che la frequente presenza dello streptococco emolitico, nelle condizioni studiate, possa essere sostenuta da inquinamenti o da occasionali diffusioni di germi *post-mortem*.

F. Magrassi.

VARIA

Il ballo come mezzo di educazione.

Quando si parla dello sviluppo fisico della gioventù si rimane meravigliati delle lodi entusiaste di quelli che se ne interessano mentre i risultati pratici sono scarsi.

Fin'ora nei paesi che si vantano di essere all'avanguardia in fatto di studi sullo sviluppo fisico si è insistito anche troppo sulla parte puramente anatomica dell'uomo e non abbastanza sugli effetti fisiologici e psicologici.

L'educazione fisica nei paesi occidentali non è altro che un allenamento fisico dal punto di vista sportivo e atletico, la cui utilità è transitoria e qualche volta si risolve in un danno.

Pel momento in nessun paese il controllo fisiologico e psicologico in rapporto allo sviluppo fisico dei bambini è fatto rigorosamente. Ci sono molti esercizi che sono troppo violenti e molti che sono insufficienti. L'educatore fisico deve essere affiancato dal fisiologo e dallo psicologo.

Poco sappiamo in genere dell'uomo in movimento; ma senza il movimento non c'è vita.

Il ritmo ha un'importanza enorme nei movimenti del corpo. Ogni individuo si rende conto del suo proprio ritmo interno (polso, cuore, funzionamento dei vari organi) ma non conosce la necessità di movimenti ritmici ordinati del corpo. La civiltà moderna ci ha imposto i suoi ritmi meccanici, che sono per lo più in opposizione coi bisogni fisiologici dell'uomo.

Solo i popoli orientali e le tribù indigene hanno conservato movimenti ritmici ordinati. Essi li praticano non solo per proprio piacere e per conservare la salute, ma anche per alleggerire il lavoro quotidiano, perchè ottengono con essi il massimo rendimento col minimo sforzo.

I movimenti ritmici dànno un certo benessere e servono ad intendere la tensione nervosa e mentale.

La danza, praticata dagli antichi Greci come mezzo di educazione, non avrà nella società moderna il posto che le spetta finchè non sarà diretta da chi scientificamente lo può fare.

Per ottenere lo scopo il bambino dev'essere considerato come corpo, spirito e anima e allora si vedrà che il ballo contribuisce più delle altre forme di educazione fisica allo sviluppo del bambino, perchè comprende un buono sviluppo strutturale e muscolare, il miglioramento degli organi respiratori, il rinforzo dell'azione cardiaca, la detensione nervosa e mentale, la coordinazione fra spirito e corpo, un incoraggiamento all'entusiasmo, un piacere estetico, la possibilità di impiego dell'istinto creatore.

Il ritmo, ha detto Platone, penetra profondamente nello spirito, perchè impone l'ordine e la grazia. L.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

S. Diliberti Herbin. *Alcune osservazioni sulla patogenesi del cancro.* L. Salpietra. Palermo 1938. A. Nuove Grafiche, Roma, 1939.

V. Montesano. *I composti paraaminofenilsulfamidici in venereologia.* Tip. Aldina. Roma 1939.

R. F. Vaccarezza y I. Peroncini. *Carbumelo faringeo.* Imprenta Spinelli. Buenos Ayres, 1938.

R. Simonetti Cuizza. *Un trentennio di Consultorio per lattanti.* S. A. Tipografie Riunite Donati. Parma 1939.

V. Puntoni. *Moderne concezioni sul meccanismo d'azione dei fermenti lattici.* Tip. Aldina. Roma 1939.

G. Cosentino. *Acido ascorbico ed ormone corticosurrenale nel trattamento locale di peritoniti acute sperimentali.* Ediz. Minerva Medica. Torino 1939.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Un parere del Collegio Medico-Legale in tema di pensione privilegiata.

Un sottotenente medico di complemento, colpito da tubercolosi, chiese la pensione privilegiata assumendo che tale infermità era stata causata dal servizio prestato. La domanda venne respinta perchè si ritenne che la malattia fosse dipesa da fattori costituzionali, e non determinata dal servizio.

Avverso il relativo decreto, l'interessato interpose ricorso alla Corte dei conti, con il patrocinio dell'avv. comm. Alberto Augè, sostenendo che la grave infermità attuale doveva considerarsi una complicazione di una bronchite e di una influenza, a cui non poteva negarsi la dipendenza da causa di servizio. Infatti il ricorrente dovette accorrere di notte ad una caserma distante tre chilometri per prestare le sue cure ad un militare che presentava gravi sintomi di avvelenamento. La bassa temperatura notturna determinò malassere ed elevazioni termiche: ciò nonostante mancando altri ufficiali medici nel presidio, egli dovette continuare il normale servizio. Le sue condizioni di salute si andarono così aggravando, fino a che si manifestò una bronchite. Anche questa non fu potuta curare completamente, perchè in una destinazione ricevuta egli veniva a trovarsi nell'identica condizione di qualche mese prima: di essere il solo ufficiale medico del presidio; qui anzi il lavoro era gravoso per un'epidemia influenzale scoppiata in quel tempo e, per giunta, egli stesso subì il contagio.

La tesi della difesa, basandosi su questi fatti, sostenne che la bronchite fu la prima causa invalidante, aggravata dalla mancanza di cure e di riposo e dalla successiva influenza, e degenerata in seguito nella tubercolosi, per la minore resistenza organica e per il facile contagio degli organi della respirazione.

Tale tesi fu pienamente condivisa dal collegio medico legale, interpellato dalla Procura Generale, accettata dal Procuratore generale d'udienza comm. De Angelis, e accolta dalla seconda Sezione giurisdizionale della Corte dei conti, presieduta da S. E. il senatore Quarta, su relazione del consigliere gr. uff. Belli.

MEDICINA SOCIALE

L'obbligatorietà dell'assicurazione di tubercolosi per i dipendenti dalle aziende municipalizzate.

Il Ministero delle Corporazioni essendo sorta la questione della obbligatorietà dell'assicurazione di tubercolosi per il personale dipendente dalle aziende municipalizzate, ha precisato che tali lavoratori non sono compresi nelle categorie esenti dall'obbligo della assicurazione. Inoltre il Ministero ha precisato che gli stessi lavoratori non debbono essere compresi nelle categorie esenti dall'obbligo delle assicurazioni di nuzialità e di maternità. Questi lavoratori debbono essere esclusi dall'obbligo dell'assicurazione di nuzialità e di natalità solo in quanto intervenga un provvedimento ministeriale che estenda a essi l'esclusione anzi accennata, motivato dalla circostanza che, nel caso singolo, sia riconosciuto sussistere per convenzione, contratto collettivo o regolamento, un trattamento più favorevole di quello stabilito dal R.D.L. 14 aprile 1939-XVII.

Intensificazione della lotta antimalarica in provincia di Bari.

Si è riunito nella Prefettura di Bari, sotto la presidenza di S. E. il Prefetto, con l'intervento del Segretario federale e del Preside della Provincia, il Comitato Provinciale Antimalarico. Il Prefetto ha rilevato la necessità di intensificare la lotta contro la malaria nel vasto comprensorio di bonifica, anche in considerazione delle esigenze dell'appoderamento, coordinando l'azione degli Enti interessati, per una più efficiente organizzazione dei servizi e per un più proficuo impiego dei mezzi disponibili. Ha quindi invitato il medico provinciale a riferire in proposito.

Dalla relazione esauriente del medico provinciale è risultato che, specialmente per effetto delle opere di bonifica eseguite ed in corso di esecuzione, l'endemia malarica è in graduale regresso; occorre tuttavia intensificare le opere di piccola bonifica, organizzare un conveniente servizio di assistenza sanitaria nelle campagne, rivedere i criteri che presiedono agli intervenuti antienofelici ed alla distribuzione del chinino a scopo profilattico.

Accogliendo le proposte del medico provinciale, è stato deliberato:

1) che il Comitato Provinciale Antimalarico sia l'unico organo preposto alla lotta antimalarica, Gli altri Enti che partecipano a tale lotta metteranno a disposizione del Comitato i fondi stanziati nei loro bilanci;

2) saranno istituiti nelle zone malariche undici centri sanitari a carattere polivalente per la profilassi e cura della malaria e per l'assistenza sanitaria in genere. In ciascuna zona e nella località di campagna che sarà stabilita dal Comitato, sarà istituito un ambulatorio, presso il quale dovrà risiedere il medico. Questi sarà coadiuvato da assistenti sanitarie visitatrici;

3) sarà disciplinata la lotta antianofelica in base alle carte topomalariche in corso di compilazione;

4) sarà disciplinata e rigorosamente controllata la distribuzione del chinino.

Infine il Comitato ha fatto proposte per i contributi da richiedersi ai singoli Enti, agli effetti del finanziamento dei vari servizi, in base al programma di cui sopra, che dovrà essere attuato a cominciare dal corrente anno.

CONCORSI.

Posti vacanti.

CUNEO. *Amm. Prov.* — Medico di sezione di seconda classe presso l'Ospedale neuropsichiatrico prov. con sede a Racconigi; scad. 31 genn.; stip. L. 13.118 oltre supplem. serv. att. L. 2502 e c. v.; 2 quadrienni di L. 600 e 900; età 21-35 a., s. e. l.; tassa L. 50.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Aiuto specialista in radiol. e ter. fisica; proroga 31 marzo.

PALERMO. *R. Prefettura.* — Due medici scolastici; L. 11.600 e 3 quadrienni di L. 600, 700 e 800; indenn. serv. att. L. 2800; indenn. di giro L. 1500; c. v. Scad. ore 19 del 10 febbr.

ROMA. *Governatorato.* — Concorso per 27 posti di medico condotto nell'Agro romano e Suburbio. Scadenza ore dodici del 31 marzo.

ROMA. *Ente nazionale fascista per l'assistenza alla gente di mare.* — 14 posti di medico direttore dei Dispensari antivenerei di porti del Regno; assegni annui di L. 5000-9000. Scad. 19 genn. Indicare il posto. Rivolgersi all'Ente via Boncompagni 19.

ROVIGO. *R. Prefettura.* — Direttore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. d'igiene e profilassi; stip. L. 16.000 e 5 aumenti del decimo compresi in 20 anni, indenn. carica L. 1500, c. v. Scad. ore 18 del 15 febbr. Titoli ed esami. Sono escluse le donne.

Concorsi Ospedalieri.

Le scadenze di tutti i concorsi ospedalieri sono prorogate al 31 marzo.

Concorsi a premi.

Fondazione Devoto

Il R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere (Milano, via Brera 28) ha bandito il concorso ad un premio dell'importo di L. 10.000, della Fondazione Devoto, per un lavoro sulla patologia del lavoro, pubblicato dopo l'1 gennaio 1939. Scad. 31 dic. 1940.

Premio Angelo Minich.

Il R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti (Venezia) ha bandito il concorso ad un premio Angelo Minich, di L. 5000, sul tema: « La proteinoterapia nelle infezioni. Ragione della sua azione ». Scad. 31 dic. 1940.

Premio Malaguti.

La Società Medico-Chirurgica di Bologna (piazza Galvani) ha bandito un concorso ed un premio Malaguti, di L. 1000, sul tema: « L'importanza della ricerca dell'alcool nel sangue ». Sono esclusi dal concorso i soci ordinari. Scad. 31 marzo 1940.

Premio Chauvin.

Per il premio Chauvin di oto-rino-laringologia è stato messo a concorso il tema: « Studio dei perturbamenti della mobilità oculare d'origine vestibolare ». Le memorie concorrenti devono essere inviate prima dell'1 aprile 1940 al prof. Terracol, rue Paladilhe 10, Montpellier.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

L'Università di Parigi ha conferito il dottorato *honoris causa* a sir Humphrey Rolleston, professore emerito dell'Università di Cambridge, una delle maggiori illustrazioni della medicina inglese, e al dott. Philippe Roy, del Canadà, ove per un decennio fu medico rurale; ora il Roy è senatore e ministro plenipotenziario del Canadà in Francia.

Sono stati eletti membri dell'Accademia di Medicina di Parigi: il dott. Gautelet, direttore del Laboratorio d'Igiene della Scuola di studi superiori, e Babonneix, presidente della Società francese di pediatria, medico nell'Ospedale di Saint-Louis a Parigi.

Il premio Alvarenga, del Collegio dei medici di Filadelfia, è stato conferito per il 1939 al dott. H. Goldblatt, professore di patologia sperimentale all'Università di Cleveland, per i suoi lavori sulla patogenesi dell'ipertensione.

Il dott. Francisco José C. Cambournac è nominato direttore dell'Istituto di Malariologia di Aguas de Morra (Portogallo), in sostituzione del dott. Rolla B. Hill, il quale si è ritirato.

La Fondazione « Von Eicken » ha assegnato per il 1939 due premi di anatomia dell'importo di 2000 marchi ciascuno, dei quali uno al prof. Back della Clinica psichiatrica dell'Università di Monaco, e l'altro al dott. E. Tonutti, dell'Istituto anatomico dell'Università di Breslavia.

NOTIZIE DIVERSE

La lotta integrale contro la tubercolosi e l'imminente X Congresso nazionale antitubercolare.

Si è riunito sotto la presidenza del prof. Raffaele Paolucci, il Consiglio direttivo della Federazione Nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi.

Sono stati esaminati vari argomenti, e in modo particolare le direttive generali della organizzazione e dello svolgimento dell'imminente X campagna nazionale antitubercolare, la preparazione dei convegni scientifico-sociali delle Sezioni regionali della Federazione e del VII Congresso nazionale, che si terrà quest'anno e nel quale saranno trattati diversi temi di carattere biologico, clinico e sociale di notevole importanza ai fini della grande azione che il Regime fermamente combatte in questo settore della politica sociale fascista. Specialmente ampio è stato l'esame del tema: « La terapia lavorativa nei sanatori », affidato ai proff. Bocchetti e Parodi.

La discussione si è conclusa con l'approvazione del seguente ordine del giorno:

Compiuto il primo decennale dell'applicazione della grande legge mussoliniana sull'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, raggiunta ormai una tappa notevole nel campo assistenziale sanatoriale, mentre si plaude a quanto il Ministero dell'Interno ha realizzato con le leggi e le direttive date per raggiungere tutti gli ulteriori sviluppi, si ritiene in dovere di:

1) *potenziare al massimo i mezzi per la iniziata difesa totalitaria profilattica dell'infanzia, sottoponendo a visita sistematica clinico-foto-radiografica quanti hanno contatto con i bambini sia nella casa sia nella scuola;*

2) *evitare che la lotta seguiti a rimanere incompleta per la mancata assistenza post-sanatoriale, per la mancata terapia lavorativa di collaudo della guarigione raggiunta in sanatorio, per la mancata riabilitazione al lavoro e al guadagno del tubercolotico, per il mancato patronato di collocamento dei guariti;*

3) *che l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, che tante benemerenze ha acquistato nel campo dell'assistenza sanatoriale, superata ormai la fase di studio e di orientamento sul problema, passi, nel settore post-sanatoriale, dalla enunciazione legislativa a quella esecutiva, affinchè non sia frustrato lo spirito della legge dell'assicurazione obbligatoria creata dal Regime per la lotta integrale, totalitaria contro la tubercolosi e in difesa sopratutto dei malati in quanto sono lavoratori.*

Al termine della riunione è stato presentato in funzione un nuovo apparecchio per l'applicazione dell'indagine radiologica alle collettività, apparecchio che, in confronto di tutti gli altri sistemi esistenti, semplifica enormemente la realizzazione di tale ricerca estesa a nuclei numerosi, riducendone il costo a cifre minime. Tale apparecchio sarà adoperato prossimamente a Roma per la visita di controllo nel personale di servizio quivi residente.

Società Italiana di Gastro-Enterologia.

Nella 3ª decade di gennaio si iniziano anche quest'anno, le sedute della Sezione Laziale della Società di Gastro-enterologia.

L'iscrizione a detta Sezione è libera a tutti i medici, gli specialisti, i cultori della radiologia, i chirurghi e non comporta alcuna quota di iscrizione. Gli iscritti possono fare le proprie comunicazioni e prendere la parola nel corso della discussione. Le comunicazioni potranno poi a giudizio della Presidenza, essere pubblicate nell'Archivio Italiano per le Malattie dell'Apparato Digerente.

Si è pertanto invitati a dare le adesioni e spedire al Segretario i titoli delle eventuali comunicazioni di argomento di gastro-enterologia, che saranno molto gradite.

Presidente è il prof. C. Frugoni; segretario il prof. A. Benadies (via Crescenzio 19, Roma).

Convegno di storia della medicina.

Si è svolto, il 12 gennaio, a Bologna, nella sede dell'Istituto Rizzoli, sotto la presidenza del prof. Putti l'annuale convegno della Società Italiana di Storia delle Scienze mediche e naturali. Sono state fatte importanti comunicazioni e discussi argomenti di particolare interesse. Al convegno sono intervenuti i più noti cultori di storia della medicina di tutta Italia.

Nel pomeriggio i congressisti hanno compiuto visite all'Archiginnasio, all'Università e alle tombe di Malpighi e Galvani.

Nella stampa sanitaria.

La Società Anonima Edizioni Scientifiche, (S.A.E.S.) editrice delle tre riviste: « Gazzetta Internazionale di Medicina e Chirurgia » (quindicinale), « Giornale Italiano di Clinica Tropicale » (mensile), « Giornale di Tisiologia » (mensile) del gruppo « Rinnovamento Medico » fondato nel 1898, comunica che per l'anno 1940 sarà apportato a dette riviste un vasto miglioramento nella parte scientifica.

La Direzione della « Gazzetta Internazionale di Medicina e Chirurgia » è assunta dai proff. Eugenio Morelli, Raffaele Paolucci e Adalberto Pazzini.

La Direzione del « Giornale di Tisiologia » è stata affidata al prof. A. Omodei Zorini, e il giornale passa alle dirette dipendenze della Clinica Tisiologica di Napoli.

La direzione del « Giornale Italiano di Clinica Tropicale » è assunta definitivamente dal prof. I. Jacono, direttore della Clinica per le malattie tropicali e subtropicali di Napoli.

Le riviste recheranno delle recensioni.

Sede della Casa editrice: via Nomentana, 216, Roma.

Fondazione "L. Zoja".

Con R.D. n. 1681 del 12-X-1939-XVII è stato approvato lo statuto della Fondazione « Luigi Zoja » eretta in ente morale. Tale fondazione, creata con la somma di L. 64.700 donata alla R. Università di Milano, ha per scopo di conferire ogni tre anni col reddito del suo patrimonio una borsa di studio ad un laureato di medicina e chirurgia per il miglior lavoro di patologia medica o clinica medica, ovvero per studio all'estero o all'interno nelle stesse discipline.

Azioni giudiziarie.

Il Tribunale di Roma ha assolto 7 medici imputati di avere rilasciato ricette con cocaina e 6

farmacisti imputati di averle spedite, ed ha riconosciuto che essi non vennero mai meno ai doveri professionali; ha condannato due farmacisti. l'uno a un anno e due mesi di reclusione e lire mille di multa, con interdizione temporanea; l'altro a sei mesi di arresto e 100 lire di ammenda; tutt'e due condizionalmente.

In un concorso a chirurgo nell'Ospedale di Capua furono classificati al primo posto due concorrenti *ex aequo*, e al terzo posto un invalido di guerra, dott. Peccerillo. L'Ente comunale di assistenza, che aveva bandito il concorso, in primo tempo nominò uno dei primi due classificati; poi, tenendo presente che egli non era coniugato, nominò l'altro. Contro queste deliberazioni il terzo interpose due ricorsi al Consiglio di Stato (V Sezione), il quale, con deliberazione del 10 maggio 1939, ritenne che al ricorrente spettasse il posto in quanto terzo classificato ed i posti a concorso erano tre, riguardanti ruoli affini ma che possono assimilarsi ed un ruolo unico. (Viene fatta distinzione tra ruolo e categoria, più ampia del ruolo. Si rileva che la specializzazione nei tre ruoli, in un ospedale come quello di Capua, non è così netta come in ospedali di più ampie proporzioni). Sull'interpretazione dell'art. 8 della legge 21 agosto 1921, n. 1312) si richiama un parere già formulato dal Consiglio il 30 marzo 1939.

Notizie sanitarie di guerra.

In Francia i medici militari possono esser messi a disposizione delle autorità civili, per i bisogni della popolazione; hanno allora diritto all'alloggio, ai mezzi di trasporto e al materiale necessario per il servizio di consultazione; le spese sono sostenute sul bilancio dell'« Assistenza Pubblica ». Le prestazioni sono gratuite; ma si è stabilita una quota per gli abbienti; essa viene versata all'Ufficio d'igiene sociale, che ne dispone per le opere di aiuto ai mobilitati.

In Francia la popolazione civile è rimasta, in molte zone, priva di assistenza medica, in seguito alla mobilitazione. Per alleviare tale deficienza si è provveduto a smobilitare 610 medici.

Il prof. René Leriche è stato messo alla testa di un Centro di chirurgia neuro-vascolare, ove saranno diretti i feriti che comportano tale specializzazione.

Alla Facoltà medica di Nancy la mobilitazione ha fatto ridurre molto il corpo insegnante; i professori anziani sostituiscono i giovani. Il decano, prof. Spillmann, ha sotto le armi i due figli e il genero.

A bordo della nave « Rawalpindi », silurata, è deceduto il sottotenente Frederick Herbert Weston, volontario, laureato a Londra nel 1934; egli aveva rapidamente conquistato tutti i gradi medici inglesi.

I sindacati medici francesi rilevano che, nel territorio, eserciscono ora centinaia di medici profughi, in maggioranza israeliti provenienti dai Balcani; hanno preso il posto dei medici francesi richiamati alle armi, e viene a crearsi per essi una situazione di privilegio. Nel solo dipartimento della Senna se ne sono annoverati 266: il rapporto con i medici francesi rimasti nel territorio è di 7:5.

In Germania la circolazione delle automobili dei medici è autorizzata solo ai professionisti che devono compiere numerose visite domiciliari; è vietata in tutti gli altri casi: tra l'altro anche per andare dal proprio domicilio all'ospedale e viceversa.

In Germania ai medici delle casse malattie — i quali costituiscono la grande maggioranza dei medici — non è consentito di prendere delle vacanze, salvo in condizioni determinate. L'autorizzazione è accordata solo quando possa continuare a prestarsi l'assistenza medica agli assicurati, nel raggio di attività dell'interessato. In casi determinati, l'autorizzazione è subordinata alla produzione di un certificato medico, il quale comprovi la necessità urgente di riposo.

A quanto informa « Bruxelles-Médical » (3 dic. 1939), un gruppo di medici belgi e di personale ausiliario si recherebbe nella zona europea orientale, per l'assistenza ai soldati polacchi profughi internati in campi di concentrazione; porterebbe con sè presìdi farmaceutici e di medicazione. Il comitato di patronato comprende moltissimi medici; quello tecnico è composto dai dottori F. Neumann, C. Hennebert e A. Van Swieten.

Il generale medico Maisonnet e il prof. L. Binet hanno riferito, all'Accademia di Medicina di Parigi, sull'organizzazione dell'ossigenoterapia al fronte mediante otto autocarri, capaci di 70.000 litri di ossigeno ciascuno; a tale realizzazione ha contribuito largamente la signora H. de Jouvenal.

L'ospedale da campo danese in Finlandia è stato bombardato dai russi; dottori e infermieri sono stati costretti a proteggersi nelle anfrattuosità del terreno.

Un po' dovunque.

In occasione delle feste natalizie il Vicerè dell'A.O.I. e la sua Augusta Consorte hanno fatto pervenire a tutti gli ammalati del territorio, ricoverati in luoghi di cura, un pacco dono.

Il segretario del sindacato provinciale dei medici di Roma. sen. prof. Perez, in una circolare ammonisce il pubblico e i giornali sui pericoli e le illusioni relative alle guarigioni miracolistiche (di cui si è avuta una piccola epidemia a Roma).

Il prof. Clementino Fraga, titolare della 2ª Clinica medica di Rio de Janeiro, direttore generale dei servizi di assistenza pubblica nella stessa città, è stato eletto membro dell'Accademia brasiliana delle lettere, in riconoscimento del valore letterario della sua produzione. L'Accademia conta altri 8 medici tra i suoi 40 «immortali ».

Alla fine di novembre vennero inaugurate a Madrid tre Accademie Mediche: di chirurgia, medico-chirurgica e di deontologia medica. La prima è presieduta dal dott. Palanca, direttore generale della Sanità Pubblica, e dai dottori Gomez Ulla e Rementerio; la seconda è presieduta dal dott. Palanca predetto e dai dottori Victor-Manuel y Nogueras e Martin Calderin.

Il 3 novembre fu inaugurato a Buenos Aires l'Istituto d'investigazioni fisiche applicate alla patologia umana, annesso all'Accademia nazionale di medicina; è diretto dal prof. Mariano R. Castex.

In Germania il Governo, durante l'ultimo esercizio finanziario, ha speso circa 50 milioni di marchi per la lotta contro la tubercolosi; l'Istituto nazionale delle assicurazioni ha erogato, allo stesso scopo, oltre 11 milioni di marchi. Uno dei caratteri della lotta è dato dall'impiego degli stessi tubercolotici nell'organizzazione della campagna antitubercolare.

Il Consiglio d'Amministrazione del Centro Anticancerigeno di Bologna ha appreso col più vivo rammarico le dimissione da direttore tecnico generale presentate dal sen. Giacinto Viola, allo spirito lungimirante ed alla ferma tenacia del quale si deve il sorgere ed il fiorire di esso Centro; ha deliberato di proclamare l'illustre Maestro presidente onorario fondatore.

Nella Scuola Medica dell'Università Yale è stata istituita una biblioteca di storia della medicina; la base della biblioteca è data da una raccolta lasciata dal compianto dott. Harsey Cushing e da un raccolta donata dal prof. J. F. Fulton, fisiologo.

A New York è stata fondata un'Accademia di dermatologia, presieduta dal dott. Howard Fox.

Il 45° volume degli « Uppsala Lakare-Förenings Förkandlinger » è dedicato al fisiologo prof. G. F. Göthlin; reca 20 lavori in tedesco e 9 in inglese.

Gli « Acta Medica Scandinavica » hanno pubblicato un numero in occasione del 60° compleanno del dott. Jörger N. Schaumann, medico-capo all'Istituto Finser « St. Görans » di Stoccolma.

« L'Indian Medical Gazette » di settembre (pervenuta il 2 gennaio 1940) è dedicata alla tubercolosi; consta di una ottantina di pagine e comprende 10 lavori originali e materiale vario; è corredata di figure e di 5 tavole fuori testo.

Il Dipartimento di Sanità dell'Illinois ha comunicato che durante la « stagione delle polmoniti » metterà a disposizione dei medici il siero specifico e la sulfapiridina.

La Società Medica Tedesca di New York ha cambiato il nome in « Società medica Rodolfo Virchow ».

Nella « casa del dott. Barnardo » di Londra è stato accolto il 124.000° bambino. Nello statuto dell'Istituzione è dichiarato: « A nessun bambino derelitto si rifiuta l'ammissione ». L'Istituto ospita, in media, 8250 bambini dei due sessi; a causa della guerra si prevede che il numero aumenterà nel prossimo futuro.

All'Università di Parigi, nonostante la guerra, hanno avuto luogo varie prolusioni: del prof. Auberlin alla cattedra di terapia; del prof. H. Bénard alla cattedra di patologia sperimentale e comparata (in cui egli è succeduto a Noël Fiessinger); del prof. Laignel-Lavastine alla cattedra di clinica delle malattie nervose e mentali (in cui egli è succeduto al prof. H. Claude).

Il « polmone d'acciaio » è stato usato, per la prima volta in Italia, nella Clinica ginecologica di Torino, per un neonato asfittico, che è stato richiamato in vita.

Durante le prime settimane della guerra i movimenti imposti dalla mobilitazione in Germania consigliarono di chiudere un numero rilevante di scuole superiori; ma fu un provvedimento temporaneo; l'8 gennaio 1940, con cui si è iniziato il nuovo trimestre, quasi tutti gli atenei e gli istituti superiori hanno ripreso per intero la propria attività.

Il numero degli studenti stranieri in Germania durante l'ultimo trimestre del 1939 è stato di Le discipline che gli stranieri vanno di preferenza a studiare in Germania sono la medicina, la chimica e la tecnica.

È annunziata l'imminente pubblicazione delle dieci conferenze nipiologiche tenute presso la R. Università di Napoli, ad iniziativa dell'Associazione culturale dei liberi docenti e della Società Italiana di Nipioligia, durante l'anno accademico 1938-39.

L'ospedale Lainz di Vienna possiede 5 grammi di radio: è questo il più cospicuo quantitativo della Germania.

Nell'Inghilterra si è svolta una settimana nazionale contro i topi, dal 6 al 12 novembre.

A Londra si è fatto un esperimento tra ragazzi di 10-12 anni, sottoposti ad un regime alimentare usato nelle scuole di Oslo, più semplice ma più sostanzioso di quello abituale. I risultati sono stati molto favorevoli.

È in costruzione a Tirana una sede dell'O.N.M.I.; l'edifizio, che sorge al centro della città, avrà due piani, oltre gl'interrati e comprenderà 40 vani; è prevista una spesa di 500.000 franchi albanesi.

Il Ministro della Sanità Publica del Belgio ha nominato una « Commissione d'aiuto e protezione alle Opere per l'infanzia e per la gioventù », allo scopo di coordinare le azioni di tali opere e di cercare mezzi idonei ad estenderne efficacemente l'attività.

La Società medico chirurgica trevigiana si è adunata l'11 dicembre, sotto la presidenza del prof. V. Pennati. Sono state fatte comunicazioni da F. de Gironcoli, V. Scrufari, E. Barazzuol, L. Zava, A. Morelli, B. Bortolozzi.

Il Governo del Cile ha conferito le medaglie d'oro di benemerenza ad un gruppo di medici della Croce Rossa Brasiliana, per gli aiuti prestati da tale istituzione in occasione dell'ultimo disastro tellurico.

In Australia i numerosi medici rifugiati sono stati addetti, dal Governo, alle zone rurali, ove l'assitenza medica mancava od era deficiente. Si è assegnato loro un compenso unitario, di 1000 sterline annue (circa 100.000 lire it.). Le licenze di esercizio si rilasciano per un anno, dopo di che devono essere rinnovate; trascorsi cinque anni di esercizio rurale, i medici potranno passare a centri urbani di loro scelta.

L'Ospedale Civile di Ancona ha avuto il lascito di mezzo milione da un ex-ufficiale giudiziario, certo U. Riche, che durante gli ultimi anni era vissuto in grande miseria; ammalatosi e ricoverato in ospedale, ha legato a questo quanto possedeva.

Il dott. Chanand, proprietario e direttore della casa di salute Saint-Veran, a Cagnes-sur-Mer (Nizza), era stato internato in un Ospedale psichiatrico; il suo posto era stato preso da un falso medico, certo Seguin, che, d'intesa con un medico autentico, dott. Roux, sfruttava i pazienti, cui venivano propinati trattamenti semplici a costi elevatissimi; i due complici sono stati arrestati per truffa.

A Cairo Montenotte (Liguria) certa Anna Maria Ferraris, moglie dell'operaio Primo Gamba, ha dato alla luce, il 10 genn., quattro gemelle, in buona salute; la madre è deceduta.

Una contadina cubana, Cuba Otibia Valdes, emula della Dionne, ha dato alla luce 5 figli viventi.

A Vancouver (Canadà) la signora Jack-Dyne, 32enne, in 5 anni ha avuto quattro paia di gemelli.

Si è iniziata la pubblicazione, in magnifica veste tipografica, de « La Preparazione Materna », edita dalle Regie Terme di Salsomaggiore, diretta dai proff. N. Pende, E. Alfieri ed A. Gasbarrini, redatta dai proff. L. Antognetti, B. Berutti e V. De Blasi. Il primo fascicolo reca la data del 24 dicembre 1939, ricorrenza della « Giornata della Madre ». Contiene pregevoli studi di N. Pende, P. Gaifami, E. Coca, R. Bompiani, C. F. Zanelli, A. Vinaj, E. Berutti, V. De Blasi. Cordiali auguri.

Il prof. M. Ramon, vice-direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi, è nominato consigliere tecnico sanitario per la sierologia al Ministero della sanità pubblica della Francia.

Gli artisti dell'EIAR hanno dato un saggio delle loro migliori interpretazioni all'Istituto « Carlo Forlanini ».

Il « South African Medical Journal » di Cape Town ha ridotto sensibilmente il numero delle pagine.

Il capitano medico D. T. Burke, dell'esercito canadese, ha guadagnato per la 6ª volta la medaglia del re per il migliore tiratore.

Nel 1938 la mortalità per malattie contagiose negli ospedali di New York è stata di 1,8 %, la più bassa avutasi in precedenza; nel 1937 era stata di 2,2.

È stato nominato borgomostro di Bruxelles il dott. Joseph Van de Meulebroeck, un medico che si è distinto durante la grande guerra e, poi, nelle opere d'igiene sociale e d'assistenza pubblica e nella politica.

Il prof. Umberto Calamida, primario dell'Ospedale Maggiore di Milano per il reparto di otorinolaringoiatria, è inciampato e caduto. All'Ospedale Maggiore è stato curato per una lesione alla spalla sinistra e per diverse abrasioni al sopracciglio sinistro, giudicate guaribili in una sessantina di giorni.

Registriamo con rammarico le perdite dei seguenti sanitari:

Prof. HANS ZIEMANN, uno dei più reputati tropicalisti, già direttore dell'Istituto di Medicina tropicale dell'Accademia medica militare di Berlino; contava 75 anni. Il suo nome è legato ad alcuni trattati, alla punteggiata di Ziemann nella malaria quartana, al « Leucocytozoon ziemanni » ecc.

Prof. CHRISTIANSEN VIGGO, clinico neurologo di Copenaghen; quattro mesi or sono presiedette il congresso internazionale di neurologia;

Dott. CHARLES VAILLANT, glorioso mutilato dei raggi penetranti, deceduto in una clinica di Parigi dopo lunghe sofferenze; era pensionato civile dell'Istituzione degli Invalidi;

Dott. MAURICE PARIN, altro elettroradiologo vittima del dovere professionale, deceduto a Berck.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII — Roma, 29 Gennaio 1940 - XVIII — Num. 4

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa*, nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

R. UNIVERSITÀ DI CATANIA.
CLINICA PER LE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO
diretta dal prof. V. M. BUSCAINO.

Trattamento efficace con la iodoterapia endodurale ed endovenosa di due casi di mielite acuta primitiva.

Dott. S. PLATANIA, assistente
Dott. F. SORRENTINO, assistente volontario

La nostra Clinica ha iniziato (Buscaino) da pochi anni e diffuso attraverso varie comunicazioni (Buscaino, Longo, Pero, Platania, Pero-Pontoni-Platania, Rubino A.) l'uso del trattamento iodico intensivo, dapprima solo per via endovenosa e in un secondo tempo anche per via endodurale, in malattie del sistema nervoso centrale e dei suoi involucri fino a qualche anno fa di prevalente spettanza chirurgica (leptomeningite ottochiasmatica, leptomeningiti spinali croniche adesive, ecc.). Fin dall'inizio è stato un susseguirsi di risultati terapeutici talmente favorevoli da dare a noi l'assoluta certezza della superiorità di questo nuovo sistema di cura medica non solo di fronte a tutti gli altri fin'oggi usati [lavaggi con soluzione al sublimato e successivo drenaggio degli spazi sottoaracnoidei (Horsley), pneumorachide] ma anche, almeno nei casi recenti, di fronte alla terapia chirurgica. La pratica proposta da Horsley infatti non ha trovato che rari consensi; l'impiego del pneumorachide, secondo Paulian e Turnesco che hanno in merito molta esperienza, è una cattiva pratica, pressochè inutile e qualche volta dannosa se, come è stato tentato di fare, si inietta una quantità eccessiva di aria nel canale rachideo. Le affezioni su citate sono poi malattie infiammatorie di origine molto spesso infettiva, per cui l'intervento chirurgico, se elimina temporaneamente le aderenze formatesi, non spegne il focolaio infiamma-

torio, tanto è vero che fra gli altri, Paulian e Turnesco, assicurano che spesso eliminate le aderenze, dopo qualche tempo se ne formano altre; qualche volta anche dopo un secondo intervento. La terapia chirurgica poi, confronti a parte, in casi di focolai multipli o di diffusione della lesione, non può essere usata. Questa trova le sue indicazioni in forme minacciose per la vita o per la funzione visiva ed in casi di resistenza alla terapia iodica endodurale. Comunque l'intervento chirurgico si dovrà fare sempre seguire dal trattamento iodico intensivo per cercare di spegnere il processo infiammatorio ed impedire il riformarsi di nuove aderenze. Abbiamo dianzi detto che i risultati terapeutici avutisi col sistema in uso nella nostra Clinica sono veramente brillanti. Bisogna però cercare di diagnosticare la malattia nel tempo più breve possibile, poichè abbiamo potuto osservare che quanto più precocemente si instituisce il trattamento, tanto maggiori sono le possibilità di successo.

E mentre fino a qualche anno fa tutti i vari studiosi dell'argomento erano concordi circa la necessità di consegnare al chirurgo tutti i casi di leptomeningite adesiva, dopo la documentazione data dai lavori della nostra Clinica, le cose sono cambiate.

Circa le modalità inerenti al sistema terapeutico (di introduzione, di dosaggio, di distanza tra una iniezione e l'altra ecc.) come per la conoscenza e relativa interpretazione patogenetica dei fenomeni subiettivi ed obiettivi susseguenti alla introduzione dell'iodio endorachide, rimandiamo il lettore ad una precedente pubblicazione di Buscaino. Ci limitiamo qui a fare rilevare come alla rapida e sicura efficacia il sistema terapeutico unisca un'assoluta assenza di inconvenienti degni di considerazione.

I lavori finora apparsi nella letteratura medica in proposito riguardano casi di leptomeningite ottochiasmatica, leptomeningiti spinali croniche adesive, meningomieliti croniche; nessun caso puro di mielite acuta, per quanto a nostra conoscenza, vi figura. Questa circostanza ed i risultati veramente brillanti avuti ci hanno indotto a illustrare due casi di mielite acuta primitiva occorsi alla nostra osservazione.

IL PRIMO CASO riguarda tale A. S. di anni 38, pescatore, da Catania, ammesso in reparto il 28 febbraio 1939 (storia clinica n. 2458).

Anamnesi familiare. Genitori viventi ed in ottima salute; madre, 14 gravidanze condotte bene a termine e tre aborti. Non alcoolismo nè lue od altre tare ereditarie.

Anamnesi personale remota. A 8 anni scarlattina. A 17 « febbre spagnola ». A 18 anni blenorragia. A 21 reumatismo articolare acuto di cui guarì dopo circa 20 giorni con cure saliciliche. A 25 anni sposò una donna la quale non ebbe nè figli nè aborti; la moglie morì dopo pochi anni per tubercolosi polmonare. A 33 anni nevralgia dello sciatico di destra che rimise dopo circa 2 mesi con cure saliciliche ed iodiche. A 35 anni sposò una seconda volta; l'attuale moglie ha avuto due gravidanze condotte bene a termine. Negasi lue, non fumatore, nè bevitore.

Anamnesi personale prossima. Il 15 gennaio del corrente anno, in pieno benessere, fu colto da dolori violenti, continui, in corrispondenza delle articolazioni della spalla, del gomito e del polso di destra accompagnati da febbre alta. Successivamente nello spazio di pochi giorni, mentre si attenuavano i disturbi a carico di queste, vennero invase con sintomatologia analoga le articolazioni omologhe contro-laterali.

Il processo morboso rimise dopo circa sette giorni; residuò solo una lieve dolenzia ai gomiti, tanto da permettere al paziente, pressato da necessità economiche, di riprendere il suo lavoro ordinario. Proprio lo stesso giorno però ricomparvero forti dolori in corrispondenza dell'alluce e dell'articolazione tibio-astragalica di destra accompagnati stavolta da arrossamento e tumefazione di esse e da modica febbre. Successivamente furono invase anche le articolazioni della spalla destra, tibio-astragalica sinistra e della spalla sinistra. Il tutto rimise dopo circa 7 giorni, in seguito a cura salicilica, ed il paziente, sempre per ragioni economiche, riprese l'abituale lavoro.

Il giorno dopo però, nel sollevare un sacco di merce di circa 50 Kg., avvertì improvvisamente un senso di viva debolezza a carico degli arti inferiori, sentì piegarglisi le gambe e cadde a terra. Dopo un po' potè risollevarsi, ma, avvertendo sempre una forte astenia alle gambe, dovette sospendere il lavoro e tornarsene a casa, cosa che potè fare coi propri mezzi. In serata ricomparvero ancora una volta dolori forti a carico delle articolazioni della spalla di destra, della spalla e del polso di sinistra con arrossamento e tumefazione di esse e modica febbre. A questi disturbi dopo qualche giorno si aggiunsero un senso di formicolio e di insugherimento a carico delle prime quattro dita della mano sinistra e successivamente una limitazione dei movimenti di essa. Dopo cinque giorni, dietro cura salicilica, la febbre e le manifestazioni articolari rimisero; perdurando però i disturbi a carico della mano, il 27 febbraio c. a. il paziente si presentò al nostro ambulatorio ove gli fu consigliato il ricovero ospedaliero. Il giorno successivo infatti il paziente venne ammesso in Clinica. L'esame obiettivo fece rilevare quanto segue:

Esame somatico. Soggetto normosplancnico, in buone condizioni di nutrizione; decubito indifferente; cute e mucose visibili bene sanguificate. Non si notano deformazioni a carico della colonna vertebrale. Non si palpano linfoghiandole nelle sedi di abituale riscontro. Lieve dolenzia alla pressione in corrispondenza dell'articolazione del polso di destra. La compressione digitale profonda sulle apofisi spinose e sulle docce paravertebrali lungo tutta l'altezza della colonna vertebrale non risveglia alcun dolore.

Apparato respiratorio. — Reperti normali.

Apparato cardiovascolare. Cuore entro i limiti normali, con toni puri e ritmici. Polso e pres-

sione arteriosa, vedi parag.: « sistema nervoso vegetativo ».

Apparato digerente. Addome di forma e volume normali, ben trattabile, indolore; fegato e milza entro i limiti normali.

Apparato urogenitale. Nulla degno di menzione; in particolare, l'esame delle urine non mette in evidenza elementi patologici.

Esami sul sangue. Wassermann (a 3 antigeni) e MKRI negative.

Esame psichiatrico. Nulla degno di nota.

Esame neurologico. Nervi cranici integri: in particolare pupille isocoriche, bene reagenti alla luce ed all'accomodazione; non nistagmo.

Nervi spinali. Motilità: possibili e validi tutti i movimenti all'arto superiore destro. A carico del sinistro si constata: modica limitazione dei movimenti di flessione, estensione e abduzione della mano; marcatissima limitazione dei movimenti di flessione delle dita sulla mano sia a carico delle seconde che delle terze falangi ad eccezione del dito mignolo che riesce a raggiungere e validamente il palmo della mano; incompletezza dei movimenti di opposizione, di adduzione e di abduzione delle dita, sempre ad eccezione del mignolo; dinamometria 40.

Possibili e validi tutti i movimenti a carico del tronco. A carico degli arti inferiori, modica paraparesi più accentuata a sinistra, con presenza del fenomeno del clono della rotula, più evidente a sinistra.

Sensibilità: conservate integralmente a carico dell'arto superiore destro tutte le forme di sensibilità.

A carico del sinistro si constata marcata ipoestesia tattile in corrispondenza delle regioni antero-mediale, mediale e postero-mediale dell'avambraccio; ipoestesia grave in corrispondenza dei 4/5 esterni delle superfici volare e dorsale della mano ed in corrispondenza delle prime quattro dita, sia nella loro superficie volare che dorsale. Ipoestesia meno marcata ma ugualmente estesa si riscontra a carico della sensibilità dolorifica, termica e vibratoria. La pressione digitale lungo i vari tronchi nervosi non produce alcun dolore.

Ben conservate a carico del tronco e degli arti inferiori tutte le forme di sensibilità.

Riflessi: scapolare, bicipitale, tricipitale, dell'apofisi stiloidea del radio e dell'ulna, presenti e validi tanto a destra che a sinistra; dei tendini al polso validi a destra, indeboliti a sinistra; addominale superiore, medio ed inferiore presenti e validi in ambedue i lati; mediopubico e degli adduttori vivaci sia a destra che a sinistra; rotuleo più vivace a sinistra; mesorotuleo e soprarotuleo presenti in ambedue i lati; achillei vivaci, plantari presenti; Babinski, Schaefer, Oppenheim, Gordon, Besta, Rossolimo ecc., assenti in ambedue gli arti.

Sistema nervoso vegetativo: polso ortostatico 72, clinostatico 68, ritmico, valido. Respiro 20. Riflesso oculo-cardiaco: il polso da 68, dopo 10'' di compressione dei bulbi oculari, si riduce a 62. Pressione arteriosa massima 140, minima 70 (Boulitte).

Nulla a carico degli sfinteri.

Rachicentesi ed esame del liquor. Rachicentesi in posizione seduta, in sede di elezione. Pressione iniziale 46, finale (dopo estrazione di 7 cmc.) 35 (manometro di Claude); indice d'Ayala 5,3; manovra di Queckenstedt-Stoochey: nessun accenno a blocco.

Liquor d'aspetto limpido, incolore; albumina 0,40 ‰ (albuminometro di Sicard-Cantaloube); Nonne-Appelt, Pandy e Weichbrodt, leggermente positive; reazione colloidale al bleu di Berlino 0003300000; leucociti 1 per mmc.; Wassermann (a 3 antigeni) e MKRI negative; liquorcoltura (5 cmc. di liquor in 50 cmc. rispettivamente di brodo comune, brodo ascite, brodo sangue di coniglio) negativa.

Riassumendo, nel nostro paziente si è svolto, in tre riprese, un processo di reumatismo articolare acuto di per sè stesso di entità piuttosto lieve. Uno sforzo non eccessivo eseguito nel corso del lavoro, ripreso per necessità economiche tra la seconda e la terza ondata dell'affezione, mette in evidenza una paraparesi spastica lieve; in serata ricompaiono febbre e manifestazioni articolari e dopo qualche giorno i disturbi di tipo deficitario a carico dei segmenti C6, C7, C8, D1. L'assenza di dolori nello stabilirsi delle lesioni a carico dei segmenti C6, C7, C8, D1 e l'assenza di dolori alla pressione digitale lungo i tronchi nervosi facendoci ritenere da una parte di natura mielitica le lesioni di tipo deficitario riscontrate a carico dei segmenti suddetti, e dall'altra il tipo di alterazioni liquorali riscontrate, la mancanza di lesioni a carico della colonna vertebrale e l'assenza di blocco intrarachideo, facendoci scartare con sicurezza tutte le affezioni capaci di dare blocco [morbo di Pott, tumori in senso clinico, leptomeningite adesiva circoscritta (aracnoidite)], ci hanno fatto orientare verso il concetto diagnostico di una mielite acuta primitiva. Ritenemmo quindi superfluo eseguire altre indagini diagnostiche (prova del lipiodol, radiografia della colonna vertebrale). Il periodo di comparsa della sindrome a carico del sistema nervoso (tra la 2ª e la 3ª ondata del processo di reumatismo articolare) e la mancanza assoluta di criteri clinici a favore di altri processi morbosi, ci hanno indirizzato verso il concetto di un nesso etiologico col processo reumatico. Simili complicanze nel corso di tale malattia sono invero molto rare tanto da far dire al Ceconi nel suo trattato « senza volere negare la possibilità di una complicazione meningitica o meningomielitica (Roley), si deve pensare che ecc. »; pure son talmente evidenti le circostanze da non lasciarci che pochi dubbi. Una liquorcoltura, come ci si aspettava del resto, non apportò alcuna delucidazione in merito.

Impostato entro questi concetti il problema etiologico e diagnostico, sulla scorta dei favorevolissimi risultati constatati nella nostra Clinica, abbiamo tralasciato di praticare nel nostro malato una cura salicilica ed abbiamo iniziato invece subito quella iodica intensiva per via endodurale ed endovenosa.

Il 7-3 si pratica la prima rachicentesi in posizione sdraiata e leggermente in Trendelenburg, e dopo di avere estratto circo 10 cmc. di liquor si iniettano lentamente 2 cmc. e ½ di triod « Zambeletti » diluito con liquor fino a 4 volte. Durante e dopo l'iniezione l'infermo accusa dolori al tronco ed agli arti. Si lascia per circa due ore ancora il paziente in posizione Trendelenburg e poi per 24 ore in posizione supina senza cuscini sotto il capo. Alcune ore dopo accusa cefalea, dolori diffusi a tutto il corpo ed ipertermia alta (39°,4 C.), disturbi che pure attenuandosi progressivamente si protraggono fino al giorno 11.

Il giorno 8 si inizia la cura endovenosa alla

dose di 5 cmc. di triod al dì e si somministrano giornalmente 3 cucchiaini da caffè di lievito di birra. Il 14 si ripete l'introduzione endodurale di triod nella dose di 3 cmc.; non si crede opportuno iniettare dosi superiori perchè la reazione alla prima iniezione è stata eccessiva. Il liquor prelevato, come già è stato messo in evidenza da precedenti lavori della nostra Clinica, mostra i segni di una leptomeningite reattiva, cioè modico aumento di tipo linfocitario degli elementi corpuscolati e delle proteine in toto. A questa seconda iniezione endodurale di triod segue un quadro sintomatologico presso a poco analogo al precedente, la reazione meningea appare anche questa volta eccessiva; la temperatura dopo una prima ascesa a 39°,2 con successiva ricaduta mattutina a 37°,2, risale nella serata del giorno successivo a 38°,8 per poi tornare alla norma il giorno 16; i disturbi subiettivi già specificati seguono un andamento presso a poco parallelo.

Il giorno 15 si riprende la cura endovenosa sempre nella dose giornaliera di 5 cmc. Il paziente verso il giorno 18 comincia già ad avvertire i primi miglioramenti; ci assicura infatti che ha la netta sensazione che la forza muscolare agli arti inferiori sia aumentata, che avverte molto di meno la sensazione penosa di formicolio e di insugherimento della mano sinistra e che può serrare il pugno fino ad un limite non consentitogli prima. Un nostro esame obiettivo conferma quanto ci ha asserito l'ammalato. Il giorno 21 si pratica una 3ª introduzione endodurale di triod, stavolta nella dose di 5 cmc. La sintomatologia reattiva questa volta è abbastanza meno intensa; sia i dolori che la cefalea e l'ipertemia oltre a presentarsi meno accentuati rimettono entro il giorno successivo.

Si continua così nella terapia praticando in media un'iniezione endodurale di 5 cmc. di triod, ogni 5 giorni (la reazione meningea si fa man mano sempre più blanda) ed una iniezione endovenosa giornaliera sempre di 5 cmc. di triod. Man mano che si avanza nella cura il paziente migliora rapidamente sempre più fino a che allo stato attuale, dopo 13 iniezioni endodurali e 50 endovenose, accompagnate dalla somministrazione giornaliera di 3 cucchiaini da caffè di lievito di birra, le condizioni del paziente si presentano come segue.

A carico dell'arto superiore sinistro, il paziente può flettere ed estendere la mano senza apprezzabile diminuzione di forza; può serrare il pugno completamente e validamente (dinamomtria, 140); validi sono ritornati anche i movimenti di opposizione, di adduzione e di abduzione delle dita; ritornati pure alla norma sono i riflessi dei tendini al polso. La sensibilità, in tutte le sue forme, è quasi completamente ripristinata; rimane solo una lieve ipoestesia a carico del dito medio. Agli arti inferiori, della paraparesi spastica non rimane più alcun segno; non si nota più alcuna diminuzione della forza muscolare; scomparsi sono il clono della rotula ed i riflessi mesa e soprarotuleo; tornati alla norma i riflessi medio pubico, degli adduttori ed achillei.

IL SECONDO CASO riguarda tale I. F. di anni 43, scalpellino, da Carlentini, ammesso in reparto il 20 febbraio 1939-XVII (Storia clinica n. 2451).

Anamnesi famigliare. Padre morto a 83 per ictus cerebrale. Madre morta a 67 per malattia cardiaca; ebbe dieci figli; nessun aborto. Negansi alcoolismo, lue od altre tare ereditarie.

Anamnesi personale remota. Nulla nell'infanzia, fanciullezza e adolescenza. A 18 anni sposò una donna apparentemente sana, la quale ha avuto tre figli (nessun aborto). A 20 anni, chiamato sotto le armi ed inviato al fronte, in combattimento riportò ferita da proiettile di fucile con foro d'entrata quattro dita trasverse al di sopra della spina iliaca posterior-superiore e foro d'uscita attraverso la regione omonima contro-laterale, con lesione della 2ª e 3ª vertebra lombare. Seguirono immediatamente paraplegia e disturbi a carico degli sfinteri sotto forma di ritenzione di urina e perdita di feci. Fu ricoverato subito in un ospedaletto da campo dove dopo circa 20 giorni fu operato d'estrazione di sequestri ossei. Da questo dopo circa tre mesi fu trasferito in un ospedale di Catania dove continuò a praticare le cure del caso. Da quest'ultimo fu dimesso dopo circa quattro mesi in condizioni di poter camminare con l'aiuto di due bastoni. Residuarono, come attesta un giudizio medico collegiale militare del 1921, paresi notevole dell'arto inferiore sinistro con ipotrofia grave, abolizione dei riflessi tendinei e cremasterico, e presenza di Babinski; a destra, paresi lievissima con abolizione dei riflessi rotuleo ed achilleo. Una radiografia eseguita in quel tempo, per accertamento medico legale, mise in evidenza deformazione della II e III vertebra lombare quale esito di frattura. La terza vertebra lombare presentava inoltre un vacuolo quasi al centro del suo corpo da perdita pregressa di sostanza ossea. L'infermo in seguito migliorò alquanto fino a che in capo a qualche anno riuscì a camminare con l'aiuto di un solo bastone. Il suo mestiere di scalpellino gli permise anche di tornare al lavoro.

Così andò avanti fino al 1923 epoca in cui cominciò a soffrire di dolori violenti, accessuali, in corrispondenza della regione lombare destra con irradiazione anteriormente ed in basso. Per parecchio tempo, considerandoli di natura reumatica, il paziente non vi fece gran caso, fino a che alcuni mesi fa decise di consultare un sanitario che, sospettando trattarsi di una calcolosi renale, consigliò un'indagine radiografica. Questa mise in evidenza nel centro dell'ombra renale di destra la presenza di una piccola opacità di densità non omogenea, a struttura non uniforme e della grandezza di un grosso pisello, riferibile alla presenza di un calcolo, per cui gli fu consigliato l'intervento chirurgico.

Il 15 gennaio u. s. ebbe a soffrire di cefalea, rinite, tosse con scarso espettorato, dolori diffusi a tutto il corpo, senso di stanchezza e di malessere profondi e febbre alta. Un sanitario consultato fece diagnosi d'influenza. Detta sindrome durò circa 6 giorni; residuarono per alcuni giorni profonda astenia ed inappetenza.

Tutto sembrava tornato alla norma quando dopo circa 20 giorni il paziente cominciò ad accusare un'accentuazione dell'antica paresi all'arto inferiore sinistro con senso di parestesie varie; il giorno dopo disturbi analoghi si presentarono a carico dell'altro arto, finchè in capo a pochi giorni si compose un quadro completo di paraplegia con lieve deficit della potentia coeundi, per cui l'infermo chiese ed ottenne ricovero nella nostra clinica. Un esame obiettivo praticato all'atto dell'ingresso mise in evidenza quanto segue:

Esame somatico. Soggetto megalosplancnico iperstenico, in buone condizioni di nutrizione; decubito orizzontale obbligato; cute e mucose visibili ben sanguificate. Al centro della regione lombare si nota una cicatrice lunga e larga circa 8 cm., esito dell'intervento operatorio per la ferita da proiettile riportata in guerra e del quale si notano i fori d'entrata, e d'uscita in corrispondenza delle regioni lombari, 4 dita trasverse al di sopra della spina iliaca posteriore-superiore. In corrispondenza della natica destra si nota un'altra cicatrice lunga e larga circa 10 cm. esito di piaghe da decubito comparse in tale occasione.

Non si palpano linfoghiandole nelle sedi di abituale riscontro. Non si notano deformazioni a carico della colonna vertebrale.

La compressione digitale esercitata sulle apofisi spinose e sulle docce paravertebrali per tutta l'altezza della colonna vertebrale non risveglia alcun dolore.

Apparato respiratorio. Reperti normali.

Apparato cardiovascolare. Cuore nei limiti normali, con toni puri e ritmici. Polso e pressione, vedi paragr.: « sistema nervoso vegetativo ».

Apparato digerente. Addome di forma e volume normali, ben trattabile, indolore; fegato e milza entro i limiti normali.

Apparato uro-genitale. Nulla degno di menzione, tranne una leggera dolenzia alla palpazione profonda in corrispondenza del punto d'incontro tra arcata costale destra e muscolo quadrato dei lombi.

Esame d'urine. Aspetto torbido, colore sui generis, reazione acida, peso specifico 1007, albumina 2 ‰, glucosio assente; nel sedimento, qualche raro cilindro ialino, pochi leucociti, non emazie, poche cellule di sfaldamento delle ultime vie urinarie.

Esami sul sangue. Wassermann (a 3 antigeni) e MKRI, negative.

Esame psichiatrico. Non mette in evidenza alcunchè degno di nota.

Esame neurologico. Nervi cranici integri: in particolare pupille isocoriche, bene reagenti alla luce ed alla accomodazione; non nistagmo.

Nervi spinali. Motilità: possibili e validi tutti i movimenti a carico degli arti superiori e del tronco Paraplegia completa.

Sensibilità: integre tutte le forme di sensibilità a carico degli arti superiori e del tronco. All'arto inferiore sinistro si nota marcata ipoestesia tattile alla sezione mediale della regione anterolaterale ed alla regione mediale della gamba: meno marcata, a carico delle superfici dorsale, plantare e mediale del piede. A carico del destro ipoestesia estesa pressapoco alle regioni omologhe, ma meno marcata.

Ipoestesia meno marcata ancora, ma quasi d'identica estensione, presentano la dolorifica, la termica e la vibratoria.

La pressione digitale lungo i vari tronchi nervosi non risveglia alcun dolore.

Riflessi: scapolare, bicipitale, tricipitale, dell'apofisi stiloidea del radio e dell'ulna, dei tendini al polso, addominali, perfettamente conservati sia a destra che a sinistra; mediopubico e degli adduttori vivaci a destra, assenti a sinistra; rotuleo ed achilleo assenti in ambedue gli arti; plantare, assente a sinistra, sostituito da Babinski a destra (assenti Schaefer, Oppenheim, Gordon, Besta, Rossolimo ecc.).

Sistema nervoso vegetativo. Polso ortostatico 70, clinostatico 67, ritmico, valido. Respiri 20. Riflesso oculocardiaco: il polso da 67, dopo 10" di compressione dei bulbi oculari, si riduce a 62. Pressione arteriosa massima 130, minima 70 (Boulitte). Nulla a carico degli sfinteri.

Rachicentesi ed esame del liquor. Una rachicentesi in posizione seduta, eseguita il 21 gennaio mise in evidenza: pressione iniziale 40, finale (dopo estrazione di 7 cm. di liquor) 27 (manometro di Claude); indice d'Ayala 4,7; manovra di Queckenstedt-Stookey, nessun accenno a blocco. Liquor d'aspetto limpido, incolore; albumina 0,20‰ (albuminometro di Sicard-Cantaloube); Nonne-Appelt, Pandy e Weichbrodt negative: reazione colloidale al bleu di Berlino 0000000000; leucociti 1 per mmc.; Wassermann (a 3 antigeni) e MKRI negative.

Riassumendo, nel nostro paziente dal 15 gennaio al 21 si è svolto un processo morboso caratterizzato da febbre alta, cefalea, rinite, tosse con scarso espettorato, dolori vaghi e diffusi, senso di stanchezza e di malessere profondo. Un sanitario consultato dichiarò trattarsi di una sindrome influenzale. Residuò per alcuni giorni solo un vivo senso di astenia ed inappetenza. Pur a conoscenza della estrema facilità con cui spesso si suole applicare l'etichetta di sindrome influenzale a dei semplici raffreddori, l'ipertermia alta, l'astenia e il malessere profondi che hanno accompagnato per tutto il decorso la malattia, ci inducono ad ammettere che in realtà si sia trattato di una sindrome influenzale pura senza cioè complicanze immediate. Tutto sembrava essere tornato alla norma quando 20 giorni dopo, senza alcuna causa appariscente, il paziente bruscamente comincia a lamentare un'accentuazione dell'antica paresi all'arto inferiore sinistro con senso di parestesie varie ed il giorno dopo disturbi analoghi a carico dell'altro arto inferiore, finchè in capo a pochi giorni si viene a comporre un quadro di paraplegia completa con lieve deficienza della potentia coeundi.

Obiettivamente si è riscontrato paralisi spastica all'arto inferiore destro, paralisi con assenza dei riflessi osteotendinei e superficiali al sinistro, alterazioni di tipo deficitario a carico dei segmenti L4, L5, S1 in ambedue gli arti, lieve deficit della potentia coeundi.

La manovra di Queckenstedt-Stookey non ha rivelato alcuno accenno a blocco: l'esame del liquor ha dato reperti normali. Nulla a carico della colonna vertebrale nè dei vari apparati, tranne segni evidenti di nefrite da riferirsi alla presenza di un calcolo nel rene destro. Ricordando che quali esiti dell'antica ferita riportata dal paziente in guerra erano residuate paresi grave dell'arto inferiore sinistro con abolizione dei riflessi superficiali e profondi e lieve paresi a carico del destro con abolizione dei riflessi rotuleo ed achilleo, appare chiaro che ci troviamo in presenza di una paraglegia spastica accompagnata da lesioni di tipo periferico a carico dei segmenti L4, L5, S1, in ambedue gli arti.

L'assenza di dolori nello stabilirsi delle lesioni a carico dei segmenti L4, L5, S1 e l'assenza di dolori alla pressione digitale lungo i tronchi nervosi, facendoci ritenere da una parte, di na-

tura mielitica le lesioni di tipo periferico riscontrate a carico dei segmenti suddetti, e dall'altra l'assenza di alterazioni a carico della colonna vertebrale, la mancanza assoluta di qualsiasi accenno a blocco, l'assenza di reperti patologici a carico del liquor, facendoci scartare senza alcuna incertezza tutte le affezioni capaci di dare blocco [morbo di Pott, tumori in senso clinico, cisti idatidee, leptomeningite adesiva circoscritta (aracnoidite)] ci fanno riportare la sindrome presentata dal nostro paziente ad un processo di mielite acuta primitiva. Abbiamo ritenuto quindi superfluo eseguire altre indagini diagnostiche (prova del lipiodol, radiografia della colonna vertebrale). L'assenza assoluta poi di criteri clinici a favore di altri processi morbosi ci ha indotto a considerare la suddetta sindrome come una complicanza data dal virus influenzale impiantatosi su un terreno precedentemente minorato.

Impostato entro questi concetti il nostro orientamento diagnostico ed etiologico, il 4-III si pratica la prima rachicentesi in posizione seduta e dopo di avere estratto 10 cmc. di liquor, si iniettano lentamente 2 cm. e mezzo di triod diluito con liquor fino a 4 volte. Dato che si vuole che il farmaco ristagni nelle parti basse del canale rachideo, si fa porre per 24 ore il soggetto in posizione supina con 2 cuscini sotto il capo. Come al solito durante e dopo l'iniezione l'infermo accusa dolore al tronco ed agli arti inferiori e dopo alcune ore anche cefalea, ipertermia modica. Tali disturbi si protraggono solo per qualche giorno, poi tutto rientra quasi alla norma. Il giorno 5 si inizia la terapia endovenosa alla dose di 5 al dì e la somministrazione giornaliera di 3 cucchiaini da caffè di lievito di birra. Il 9 si ripete l'introduzione per via endodurale stavolta nella dose di 5 cmc. dato che la reazione meningea alla prima iniezione è stata piuttosto modesta. L'esame del liquor estratto mette in evidenza, come al solito, un modesto aumento delle proteine in toto, delle globuline e modica linfocitosi. Anche stavolta la reazione meningea è modesta ed i soliti disturbi svaniscono dopo appena qualche giorno. Il 10 si riprende nuovamente l'introduzione per via endovenosa. Già il paziente comincia a risentire i primi benefici; riesce a compiere piccoli spostamenti degli arti inferiori sul piano del letto, ed avverte di meno quel senso penoso di freddo e di formicolio. Il 17 si pratica una terza introduzione endodurale di triod nella dose di 5 cmc. Anche a questa sussegue una modesta reazione meningea, e tutto ritorna quasi alla norma nello spazio di appena qualche giorno. Il 18 si riprende la terapia per via endovenosa e così via. Col proseguire della cura le condizioni del paziente si fanno sempre migliori finchè allo stato attuale, dopo dodici iniezioni endodurali e 60 endovenose di 5 cmc. di triod in associazione con la somministrazione giornaliera di 3 cucchiaini di lievito di birra, il paziente si può considerare quasi guarito. Da circa 40 giorni infatti riesce a camminare, dapprima con l'aiuto di due bastoni, poi con l'aiuto di uno solo e man mano sempre più speditamente al punto che egli ci assicura che le sue possibilità ambulatorie attualmente sono quali erano prima. L'esame obbiettivo mostra quanto segue. A carico dell'arto inferiore destro è residuata solo una lievissima paresi (statu quo ante); la marcata ipoestesia tattile riscontrata all'ingresso in reparto a carico dei territori innervati dai segmenti L4, L5, S1 è completamente scomparsa; altrettanto si può dire a carico delle altre forme di sensibilità. Riflessi: medio pubico, e degli adduttori sono tornati alla norma; rimangono sempre aboliti il rotuleo e l'achilleo (statu quo ante); il Babinski è scomparso. A carico dell'arto inferiore sinistro si nota una paresi lieve molto più marcata però a carico del quadricipite femorale e dei muscoli della regione posteriore della gamba (statu quo ante); la grave ipoestesia riscontrata a carico dei territori innervati dai segmenti L4, L5, S1 è moltissimo ridotta sia nella estensione che nell'intensità.

Circa i disturbi della sensibilità non possiamo precisare quanto spetti all'antica ferita da guerra e quanto alla sindrome morbosa ultima; il paziente infatti ci assicura che disturbi della sensibilità tattile non ben determinati nella loro estensione erano residuati quali esiti della ferita riportata in guerra. I riflessi superficiali e profondi sono rimasti assenti (statu quo ante).

RIASSUNTO.

Gli AA. illustrano due casi di mielite acuta primitiva guariti rapidamente con la terapia iodica intensiva (endodurale ed endovenosa).

BIBLIOGRAFIA.

BUSCAINO V. M. *Efficacia della iodoterapia endovenosa ed intradurale in varie malattie prevalentemente infiammatorie, neurassiche e perineurassiche.* Boll. soc. med.-chir. Catania, *6*, 105, 1938.

CECONI. Trattato di medicina interna, *4*, 45, 1936.

LONGO V. *Contributo alla terapia medica dell'aracnoidite spinale.* Riv. oto-neuro-oftalmol., *12*, III, 1935.

ID. *Trattamento efficace con la terapia iodica intradurale ed endovenosa di due casi di leptomeningite cronica adesiva e di un caso di meningomielite luetica.* Boll. soc. med.-chir. Catania, *6*, XIII, 1938.

ID. e RUBINO AG. *Considerazioni su alcuni reperti dinamometrici del « liquor » a proposito della terapia intradurale di un caso di leptomeningite cronica adesiva cistica perimidollare.* Riv. di patol. nerv. e ment., 53, 121, 1939.

PERO C. *Aracnoiditi spinali e loro cura.* Riv. ital. di endocr. e neurochir., *1*, IV, 1935.

ID. *Leptomeningite spinale cronica pseudoidiopatica (aracnoidite spinale).* Riv. di neurol., *9*, VI, 1936.

ID. PONTONI L. e PLATANIA S. *Blocco perimidollare da leptomeningite adesiva interrotto con trattamento iodico intradurale.* Boll. soc. med.-chir. Catania, *6*, 131, 1938.

PLATANIA S. *Leptomeningite ottochiasmatica.* Riv. di neurol., *9*, VI, 1936.

RUBINO AL. *Contributo allo studio dell'aracnoidite ottochiasmatica.* Riv. oto-neuro-oftalmol., *14*, VI, 1937.

RUBINO AG. *Terapia iodica intradurale in un caso di leptomeningite spinale cronica (aracnoidite).* Riv. di terapia pratica, 129, 126, 1938.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN LATERANO - ROMA
Primario Chirurgo: dott. S. TIRELLI.

Su di un caso di fibromioma primitivo del legamento largo

Dott. GABBIANELLI LORENZO, aiuto-chirurgo

I fibromi del legamento largo, sia dal punto di vista della loro origine, sia dal punto di vista clinico ed operatorio, hanno sempre destato l'interesse oltre che dei ginecologi, anche dei chirurgi.

Riassumo brevemente il caso osservato all'Ospedale di S. Giovanni:

A. P. P.: un anno fa pleurite essudativa destra. La paziente avverte dolore alla spalla. Qualche colpo di tosse. Non ha notato modificazioni di volume dell'addome.

Alvo e minzione regolari.

E. O.: condizioni generali discrete. Sensorio integro. Decubito indifferente. Respiro frequente (40). Cute e mucose visibili di colorito pallido. Lingua impaniata, umida. Fauci nulla.

Pannicolo adiposo discreto. Masse muscolari toniche e trofiche. Nulla nell'apparato scheletrico e linfoghiandolare. Polso ritmico, di media frequenza e pressione.

Torace. — Ampio. Simmetrico, ben conformato.

Polmone d.: lieve ipofonesi della base, con murmure vescicolare indebolito. Qualche ronco nella regione ascellare dello stesso lato.

Polmone s.: nulla di notevole.

Cuore. — Punta al quinto spazio sull'emiclaveare. Il margine destro e il margine sinistro sono nei limiti. Toni netti su tutti i focolai.

Addome. — Globoso. Nella metà destra dell'addome si palpa una tumefazione che si estende anche due dita a sinistra della linea mediana, della grandezza di un cocomero, dura, indolente, a su-

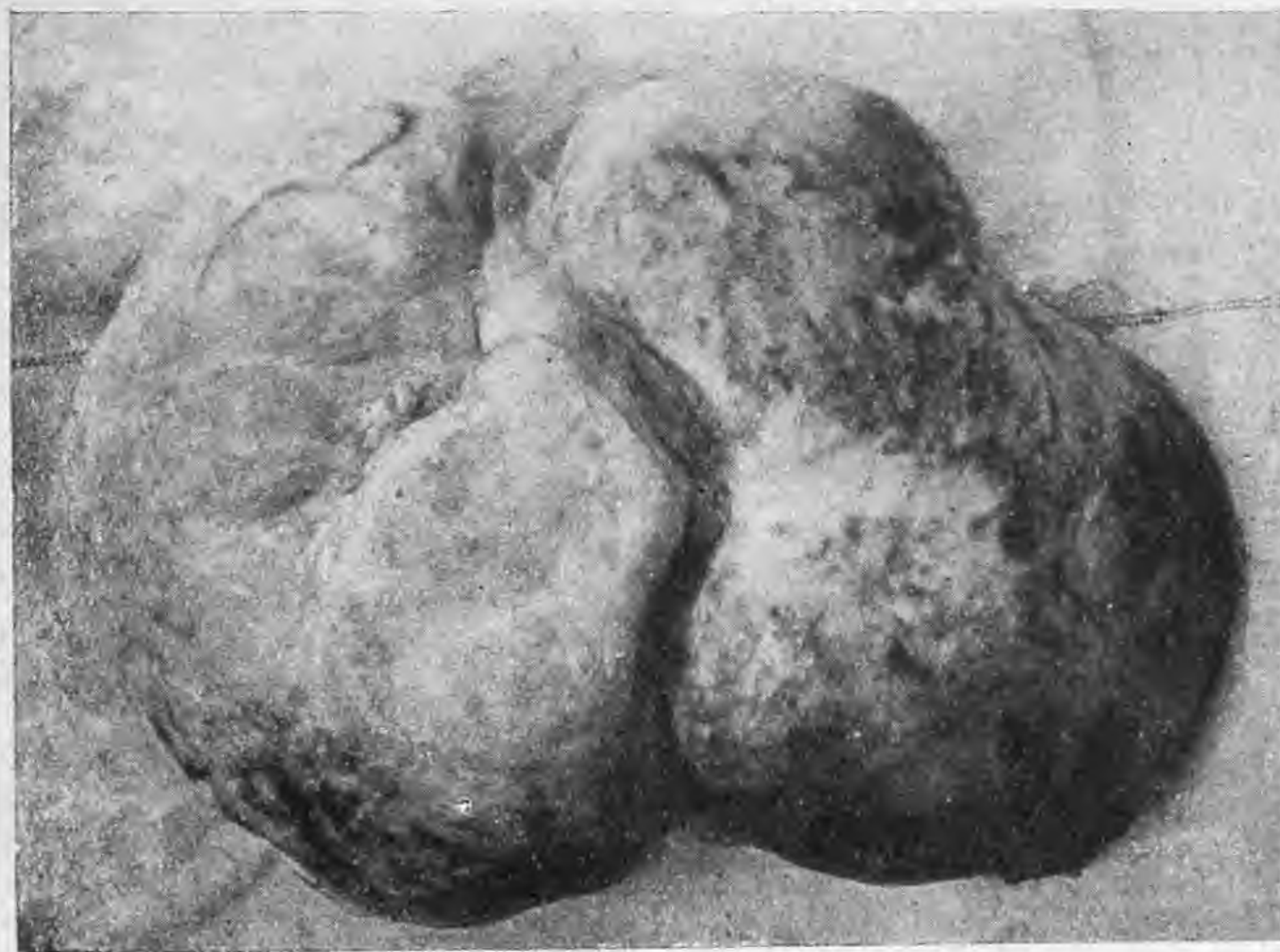



FIG. 1.

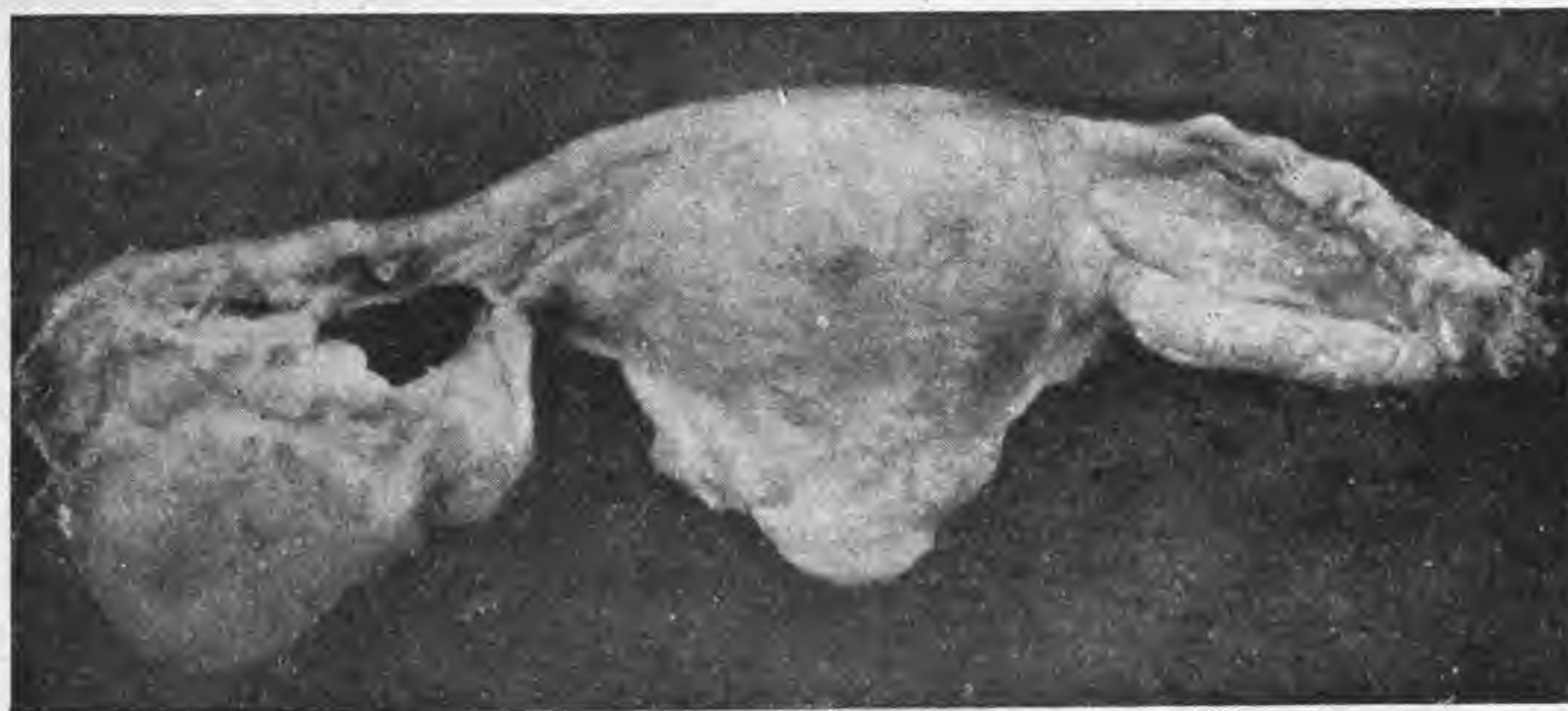



FIG. 2. — Utero con ovaio destro cistico

Anni 54, suora.

Nulla nell'anamesi familiare.

A. F.: mestruata a 14 anni, le mestruazioni successive sono state sempre regolari. È in menopausa dall'età di 48 anni.

A. P. R.: non malattie degne di nota.

perficie bernoccoluta, irregolare, discretamente mobile.

Esame rettale. — Utero ipoplasico, anteposto. Gli annessi non si palpano. Il Douglas è occupato da una tumefazione a limiti distinti, a superficie bernoccoluta, di consistenza duro-fibrosa, indolente. Con l'esplorazione combinata addomino-rettale, si vede che la tumefazione è spostabile in senso verticale e trasversale.

Sistema nervoso. — Riflessi pupillari presenti. Riflessi rotulei presenti.

Esami di laboratorio. — Glicemia 1 %; azotemia 0,34 %.

Esame urina. — Albumina: ass.; zucchero: ass.; pigmenti biliari: ass.; urobilina: ass.; sedimento: qualche globulo bianco. Qualche cellula di sfaldamento delle basse vie urinarie.

Operatore: dott. S. Tirelli. 28 marzo 1938-XVII.

Anestesia spinale nov. 0,13: positiva.

Quasi alla fine dell'operazione è necessario continuare in eterenarcosi regolare.

Taglio mediano ipogastrico prolungato poi in alto ed a sinistra dell'ombelico.

Reperto: il tumore è costituito da una r eoplasia solida, grande quanto un utero al quinto mese di gravidanza, biancastro e solcato qua e là da vene blaustre, duro fibroso, irregolarmente lobato e bernoccoluto, aderente alla parete scarsamente e per tralci connettivali esili e vascolarizzati; più fortemente al mesosigma ed all'omento, da cui è necessario distaccarlo. Così preparato ed esteriorizzato si osserva che origina con un peduncolo dal margine posteriore del legamento largo di sinistra. Il peduncolo quasi fibroso è vascolarizzato; si seziona subito per mobilizzare il tumore e rendere agevole la isterectomia. Il tumore non fa corpo nè con l'utero, nè con l'ovaio che qui è grande quanto un uovo di piccione e cistico.

Esiste liquido nel ventre piuttosto scarso, circa un litro. Non si osservano ghiandole nè lungo i vasi iliaci, nè altrove.

Nessuna alterazione del peritoneo parietale, tranne un ispessimento a tipo irritativo cronico in quello dello scavo retto-uterino, ove si adagia il polo inferiore del tumore.

Si esegue la isterectomia sopravaginale asportando tutte e due le ovaia.

Si asporta anche l'appendice, molto lunga.

Sutura normale a strati della parete.

Decorso postoperatorio: regolare.

Caratteristiche del tumore. — Peso: kg. 3,100; circonferenza: cm. 64; diametro longitudinale: cm. 24; diametro trasversale: cm. 10; peso dell'utero: gr. 50.

Esame istologico del tumore. — Fibromioma tipico (prof. Nazari).

FIG. 3. — Koriska, oc. 4, obb. 5.

Si tratta quindi di un fibromioma primitivo del legamento largo.

Le opinioni su questi tumori si sono andate modificando dal 1880 a questa parte. Kiwisch e Scanzoni li considerano tumori peduncolati a sviluppo infraligamentoso, che resisi indipendenti per un graduale assottigliamento e successiva necrosi e scomparsa del peduncolo, si sarebbero continuati a sviluppare, alimentati dalla irrorazione proveniente dalle diverse ramificazioni vascolari che si trovano ai lati dell'utero.

Klob ammette l'origine di questi tumori dai fasci muscolari dell'utero.

Virchow accetta la esistenza di fibromi primitivi del legamento largo, e come Grobe e Klebs, pensa che possano avere origine da un ovaio sopranumerario affondatosi nel legamento largo.

Schetelig sostenne per il primo l'origine di

questi tumori dalle fibre muscolari proprie del legamento largo.

Saeuger nel 1880 sviluppò meglio questo concetto e ne illustrò 11 casi.

Più tardi Kreckels, V. Rostorn, Stroheker, ne poterono raccogliere parecchie centinaia di casi; e fra noi Marocco, Calderini, Guicciardi, Sacchi, Alfini, Turco, Rua e qualche altro, si occuparono dell'argomento e vi portarono dei contributi.

Oggi, sulla base di tali documenti non vi può essere più dubbio sulla esistenza di tumori desmoidi primitivi del legamento largo, e l'argomento è stato studiato da tutti i punti di vista.

Per le caratteristiche di questi tumori è da ricordare che affinchè un tumore possa essere considerato come primitivo del legamento largo, è necessario che esso sia completamente indipendente dagli organi vicini, e che non esista alcun peduncolo di natura muscolare che lo leghi ad essi, e specialmente all'utero. L'assenza del peduncolo non ha sempre un valore assoluto e decisivo a questo riguardo, perchè talvolta il tumore primitivo si può essere reso indipendente per torsione e degenerazione dei tessuti che costituiscono le sue connessioni con l'utero, ed allora può permanere il dubbio che si tratti di un tumore infraligamentoso uterino, oppure di un tumore primitivo del legamento largo. Per la distinzione ha valore decisivo il rapporto che assume il tumore rispetto all'arteria uterina, che si riscontra nella sua sede normale accanto all'utero, mentre sarà spostata verso il polo estremo del tumore se questo è infraligamentario, con origine dall'utero. Mancando ogni indizio dell'origine del tumore da altri elementi inclusi nel legamento largo, è nelle fibre estrinseche del legamento stesso che noi dovremo riconoscere la matrice del tumore.

Questi tumori possono raggiungere un volume considerevole (sino a 22 Kg.) ed essere unici o multipli, talvolta bilaterali.

Crescono lentamente.

Le complicazioni più frequenti cui vanno incontro sono: la torsione del peduncolo, la necrosi, la degenerazione calcarea, mixomatosa, l'infiltrazione edematosa per ostacolato deflusso venoso con consecutiva formazione di lacune a contenuto sieroso ecc.

Stroheker distingue tre tipi di tumori del legamento largo che si differenziano e dal punto di vista anatomico e clinico, e per le caratteristiche del loro sviluppo:

1) fibromi della parte superiore del legamento largo, che si espandono verso la cavità addominale congiunti all'angolo tubarico dell'utero da un peduncolo, donde la facile torsione e la produzione di versamenti addominali.

2) fibromi della zona media del legamento largo.

3) fibromi della zona profonda del legamento largo che hanno tendenza a protrudere verso la vagina o ad insinuarsi nel mesocolon.

Talvolta possono rimanere incarcerati nello scavo e dare fenomeni di compressione a carico dell'uretere, della vescica e del retto.

Talvolta sorpassano lo stretto superiore e diventano addomino-pelvici.

Perciò che riguarda la sintomatologia di questi tumori, nulla c'è di caratteristico. I primi sintomi sono di compressione sul plesso sacrale o sugli organi pelvici. Le menorragie e le metrorragie mancano poichè la mucosa uterina non risente della presenza del tumore. Sopravvenendo una gravidanza possono essere causa della sua interruzione oppure di un parto distocico.

Difficoltà alle volte insormontabili ci sono dal lato diagnostico per la confusione con i fibromi uterini a sviluppo infraligamentoso o con i tumori peduncolati dell'ovaio.

Il sintoma di Fabbri e Winter non è facile mettersi in rilievo, tanto che spesso la diagnosi è operatoria. D'ordinario sono i sintomi di compressione sugli organi pelvici che spingono la paziente dal medico.

Per la cura è da preferirsi quella chirurgica. Sono tuttavia riportati i casi nella letteratura in cui la roentgenterapia avrebbe dato buoni risultati, mentre in altri casi il tumore non sarebbe stato influenzato nè dall'azione diretta delle irradiazioni, nè dall'effetto indiretto della castrazione ovarica. Perciò data la preferenza alla cura chirurgica, la via addominale è la più indicata.

Riguardo alla particolarità della tecnica si potrà tentare l'enuclazione del tumore se è provvisto di una capsula propria; oppure si sarà costretti asportare l'utero insieme con il tumore. Alle volte si è costretti a seguire l'isterectomia preliminare per potersi creare lo spazio sufficiente per aggredire il tumore.

RIASSUNTO.

L'autore descrive un caso di fibroma del legamento largo. Richiama le opinioni sulla origine di questi tumori, le caratteristiche anatomo-cliniche e ne indica la terapia.

BIBLIOGRAFIA.

C. A. BREA. *Fibroma primitivo del ligamento ancho.* Semana Med., I, 1656-1658, 6 giugno 1935.

D. J. CANNON. *Treatment of cervical and broad ligament fibroids.* Irish. M. J. Sc., 518-521, luglio 1935.

*

CIMINATA. *Tecnica dell'ablazione di grossi fibromi inclusi nel legamento largo ed aderenti alla cavità pelvica.* Atti e memoria della Società Lombarda di Chirurgia, Milano, vol. V, n. 13-14, 9 e 23 luglio 1937.
V. S. COUNSELLER. *Interlegamentous fibroid tumor.* Proc. Staff. Meet. Mayo Clin., 10, 161-163, 13 marzo 1935.
DUBOIS. ROQUEBERT. *Quatre observations de fibromes inclus dans le ligament large.* Maroc méd., n. 72, 15 ottobre 1936.
E. GALLO. *Voluminoso fibroma ossificante del parovaio.* Gazz. inter. med. chir., 41, 323-327, 15 giugno 1933.
A. GUTIERIEZ. *Fibroma del ligamento ancho derecho quiste retroperitoneal de origine wolffiano.* Bol. y. trab. de la Sté de cir. de Buenos-Aires, 21, 298-307, 9 giugno 1937.
HAMANT. ROTHAN. *Volumineux fibrome du ligament large.* Réun. obst ed gynéc. de Nancy, Sce du 17 novembre 1937 in: Bulll de la Sté de Gynéc. et d'Obst. de Paris, novembre 1937, p. 742.
N. C. LAPEYRE. H. ESTOR. *Fibrome du ligament large.* Bull. Sté d'Obst. et de Gynéc., 22, 771-776, novembre 1933.
M. M. NEBBIA. M. NICASTRO. *Voluminoso fibroma del ligamento ancho.* Semana Méd., I, 1569-1573, 10 giugno 1937. Rassegna d'ostetrica e ginecologia, n. 1, 31 gennaio 1937.
V. RICHE. R. JOYEUX. *Tumeur fibro-kystique du ligament large.* Arch. Sté Sc. méd. et biol. Montpellier, Sce du 17 mars, fasc. 7, 1935.
G. F. SANTE. *Fibroma del ligamento ancho.* Semana med., 2, 904-906, 14 ottobre 1937.

NOTE DI TECNICA

L'Emoglicometro Colutta, nuovo presidio diagnostico.

Dott. EMILIO SARTORELLI, Povoletto (Udine).

I numerosi metodi che abbiamo a disposizione per determinare il tasso glicemico sono tutti più o meno indaginosi e complicati, e per quanto siano di precisione quasi assoluta richiedono in chi li usa padronanza della tecnica e profonda conoscenza di laboratorio. Essi presentano perciò l'inconveniente che usati da mani inesperte possono condurre a grossolani e fatali errori e perciò pochissimi sono i medici pratici in grado di servirsene, essendo detti metodi di pertinenza più che altro di gabinetti ospitalieri ben attrezzati.

Passiamo ora in rivista i più conosciuti:

Hagedorn-Jensen: 8 reattivi; richiede rigoroso controllo delle soluzioni; tecnica lunga e delicata.

Patterson: 4 reattivi; tecnica delicata; controlli varii.

Fulin Wu: metodo lungo; reattivi complessi; calcoli e soluzioni di paragone.

Bang: metodo lungo, ove occorrono apparecchi che non sono alla portata del medico pratico.

Crocelius-Seifert: micrometodo ove occorre anche un apparecchio Zeiss Ikon molto costoso.

Mezger: occorre saccarimetro a fermentazione; 4 ore di tempo.

Mac Lea: facile e breve, ma occorrono 6 reattivi e titolazioni non sempre alla portata del pratico.

Cruto: 7 reattivi; calcoli e manualità lunghe.

Tutti questi metodi se sono ottimi per chi li può usare in laboratorio non sono certo alla portata del pratico e specialmente del medico condotto che esercita spesso lontano dai centri, in condizioni di particolare difficoltà, a cui in determinate situazioni occorrono, se mai, mezzi spicciativi e di facile esecuzione da potersi usare anche al letto dell'ammalato. Qualche volta, per esempio, può accadere, come è accaduto al sottoscritto, di essere chiamato di notte a soccorrere un diabetico in stato comatoso e di dover decidere lì per lì se si tratti di coma diabetico oppure di coma insulinico, dato che tali ammalati usano curarsi da soli, con dosi che sono state loro fissate sulla scorta di esami praticati magari molto tempo prima.

Quale dei metodi sopra elencati potrebbe sopperire alla bisogna?

È giunto perciò il momento di parlare del nuovo metodo Colutta per la determinazione della glicemia, metodo di una semplicità la più assoluta e quindi di facile esecuzione, che permette in meno di mezz'ora di fare una determinazione del tasso glicemico al letto dell'a., certo approssimativa, ma più che sufficiente al medico perchè egli possa orientare il proprio criterio terapeutico.

L'apparecchio in parola consta soltanto di una scatola, contenente: 2 provette graduate e rigorosamente tarate, 2 reattivi, un contagoccie e una tavola cromatica.

Quest'ultima presenta una serie di provette diversamente colorate dal giallo canarino all'arancione, con cui deve confrontarsi la reazione ottenuta, per leggerne il valore relativo. Un pezzo di carta da filtro ed una bottiglietta di acqua distillata completano il fabbisogno.

Il principio sul quale il metodo si fonda è il seguente:

Una soluzione di Trinitrofenolo in reazione sodio alcalina si trasforma, mediante riscaldamento, in acido picranico per azione riducente del glucosio. Caratteristica di questa riduzione è la colorazione gialla, giallo scura, giallo rossastra o rosso bruna, che va ad assumere detta soluzione in rapporto alla quantità di glucosio che entra in reazione. Come tutti i metodi colorimetrici, le difficoltà consistono nell'apprezzamento delle tinte; ma una buona pratica facile ad acquistarsi farà sì che i risultati, se

non assolutamente precisi, saranno sufficienti all'indagine clinica diagnostica quotidiana e tali da porre il sanitario in condizioni di conoscere con semplicità ed in brevissimo tempo (anche al letto dell'a.) se trattasi di sangue normale, ipo od iperglicemico. Il metodo non è minimetrico e perciò le quantità facilmente ponderabili che entrano in reazione fanno sì che l'eventuale errore in rapporto sia meno valutabile.

Tecnica: preleva con siringa cc. uno esatto di sangue totale, versa nella provetta di maggior diametro; aggiungi per emolizzare cc. 9 di acqua distillata; aggiungi cc. 5 di reattivo n. 1 (sol. di acido picrico al 1,20%) che serve anche per dealbuminizzare; agita e filtra nella provetta minore fino a cc. 6; aggiungi mediante lo stilla gocce cc. 0,30 di reattivo n. 2 (soluzione di idrato sodico al 10%); porta a bagno maria bollente per 20 o 25 minuti, indi confronta il colore assunto con la tabella cromatica e deduci la percentuale approssimativa, dopo raffreddamento e riposo (non oltre una ora).

Cause d'errore: possono essere causa di errore nella lettura della reazione il mancato raffreddamento, l'incompleto deposito dei fosfati che eventualmente si formassero, i reattivi molto vecchi e la non perfetta pulizia delle provette in precedenza adoperate.

Presentato il metodo, passiamo alla descrizione di un caso clinico in cui il medesimo ebbe occasione di dimostrare tutta la sua pratica utilità.

T. Fiorello d'anni 35; da Povoletto (Udine).

Padre vivente e sano; madre morta di malattia cardiaca. Il p. sposato da circa 12 anni con prole immune da tare di sorta, godette ottima salute fino a 3 anni fa, epoca in cui si manifestarono i primi sintomi della malattia attuale (diabete), che insorse in modo quasi repentino ed assunse ben presto un andamento grave. Curato in primo tempo in un ospedale con dosi elevate d'insulina, (80-100 u. giornaliere) fu dimesso dopo qualche mese perchè continuasse la cura a domicilio con dosi minori. Ma d'allora in poi, aggravandosi di tanto in tanto per i soliti errori dietetici, fece più volte la spola fra la casa e l'ospedale. Le orine esaminate nei periodi fra una degenza ospitaliera e l'altra hanno sempre dimostrato un tasso di glucosio dal 20 al 60 ‰. Wasermann negativa.

Una sera, nel marzo u. s. venni chiamato d'urgenza al letto del nostro diabetico perchè da oltre un'ora aveva perduto i sensi. Pensando al coma, non dimenticai di portare con me l'emoglicometro di cui sopra allo scopo di stabilire se la sindrome fose dovuta ad ipo ovvero ad iperglicemia, vale a dire se si fosse trattato di come insulinico o diabetico.

E. O. — Individuo assai deperito con masse muscolari in piena risoluzione; sensorio completamente abolito; respiro stertoroso; pupille non reagenti; riflessi tendinei e cutanei scomparsi; polso piccolo. Non v'è dubbio trattarsi di coma.

La moglie riferisce che il p. era caduto in quello stato pochi minuti dopo l'iniezione serale d'insulina (30 u.) e che siccome un accenno a tale malore erasi altre volte verificato dopo la predetta iniezione, essa gli aveva somministrato, come era stata consigliata in simili casi, una soluzione zuccherata, dopo ingerita la quale le cose erano rimaste immutate. Perciò temendo una catastrofe aveva pensato di ricorrere all'opera del sanitario.

L'avvertimento datomi dalla consorte relativo al malessere del malato, constatato altre volte dopo l'uso dell'insulina e la mancanza del caratteristico odore di acetone, orientarono come era naturale la mia diagnosi verso il coma insulinico; dato anche il modo cervellotico con cui l'a. usava del farmaco senza aver cura di sottoporre l'orina a periodici esami. Nondimeno, somministratigli per via parenterale alcuni cardiocinetici e disponendo dell'apparecchio sopra menzionato, praticai al p. una piccola sottrazione di sangue, ed in meno di 25 minuti potei leggere il risultato della reazione che dimostrava una netta positività per uno stato iperglicemico: perfettamente il contrario di quanto in primo tempo avevo sospettato. Non esitai allora a somministrare al comatoso altre 50 u. di insulina, unica quantità di cui disponeva in quel momento, e dopo circa un quarto d'ora ebbi a constatare che la crisi andava rapidamente risolvendosi. Consigliato allora di riportare la dose a 100 u. g. e dati tutti i consigli del caso, lasciai il p. che ormai non presentava più alcun pericolo.

Ma l'indomani essendosi ripresentata la stessa sindrome per quanto in forma meno allarmante e constatato con l'emoglicometro che ancora si trattava di iperglicemia, lo inviai nuovamente all'ospedale di Udine ove fu curato nel reparto del prof. Gherardini e dopo circa un mese dimesso un'altra volta, migliorato ed aumentato notevolmente di peso. All'ingresso nel reparto l'esame delle o. dava: glucosio 50 ‰ acetone presente, quello del sangue un tasso glicemico del 3,30%.

Come tutti vedono, il caso che ho così brevemente descritto, non con pretese scientifiche ma con l'unico intento di segnalare ai medici pratici questo prezioso aiuto diagnostico è veramente significativo. In mancanza di esso, qualunque sanitario che si fosse trovato al mio posto, considerando i precedenti e gli avvertimenti forniti dai famigliari, si sarebbe ben guardato dal somministrargli ancora insulina ed avrebbe invece seguito il criterio opposto, danneggiando con gravi conseguenze lo stato dell'a.; oppure si sarebbe limitato ad inviarlo in qualche ospedale ove la ricerca glicemica sarebbe stata eseguita di necessità con notevole

ritardo e quindi con grave pregiudizio del soccorso d'urgenza.

Il metodo dunque, sul quale eminenti clinici e valenti professionisti hanno espresso il loro lusinghiero giudizio, va raccomandato a tutti i colleghi, specialmente a quelli che non hanno a disposizione un gabinetto per ricerche più precise. Come ho detto prima, non si può da esso pretendere di ottenere risultati assoluti che del resto per il pratico avrebbero un'importanza molto relativa, interessandogli più che altro di aver una base su cui sapersi reggere per continuare la cura. Il metodo Colutta resta perciò sopratutto un ottimo presidio diagnostico d'urgenza che gli permette di fronte ai casi più imbarazzanti di determinare la propria linea di condotta. Semplicità assoluta di esecuzione, brevità di tempo e modestia di costo fanno di esso un mezzo d'indagine indispensabile per la pratica quotidiana, di cui ogni medico che voglia seguire il progresso dei tempi dovrebbe essere sempre provvisto.

RIASSUNTO.

L'A. descrive il nuovo apparecchio del dott. A. Colutta per la determinazione della glicemia, mettendo in evidenza il vantaggio dell'assoluta semplicità ch'esso presenta sugli altri metodi in uso, semplicità che permette di usarlo agevolmente anche al letto dell'a.

Passa all'esposizione di un caso clinico in cui il metodo si è rivelato un buon presidio diagnostico d'urgenza.

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

Importanza semeiologica della lingua.

(A. M. KENNEDY. *Practitioner*, dicembre 1939).

I vecchi medici solevano dare molta importanza all'esame della lingua, e iniziavano la visita dall'infermo con l'ispezione di quest'organo alle cui modificazioni davano un significato forse esagerato. Oggi si cade nell'eccesso opposto: l'esame della lingua non viene praticato con la dovuta accuratezza. Sta di fatto che l'accertamento delle alterazioni della lingua può concorrere alle diagnosi di molte malattie.

I movimenti della lingua hanno una parte importante nelle funzioni della masticazione, della deglutizione e dell'articolazione della parola. Normalmente essa può muoversi lentamente o rapidamente in tutte le direzioni, può essere protrusa e retratta. Nei neuropatici, come ad es. negli ipertiroidei, i movimenti della lingua tendono a diventare più vivaci, mentre negli individui placidi sono più torpidi. Nella corea non di rado si hanno movimenti a scosse. Negli individui deboli, esauriti o stuporosi la lingua può essere protrusa solo con lentezza ed è mantenuta in questa posizione fino a quando non si invita il paziente a ritirarla. Talvolta non può essere neppure protrusa e la punta si arresta dietro i denti inferiori. Nell'isterismo si ha anche lo spasmo isolato della lingua.

Nelle paralisi unilaterali della lingua questa nella protrusione è deviata verso il lato paralizzato. Tali paralisi si hanno nelle lesioni dell'ipoglosso o del suo nucleo situato nella parte inferiore del bulbo, a seguito di tumori, gomme o altre lesioni luetiche, nonchè a seguito di fibrosite che colpisce il nervo nel punto di emergenza dal cranio. Nelle paralisi dell'ipoglosso nucleari o infranucleari la metà della lingua paralizzata diventa gradatamente più piccola e flaccida, presenta di solito tremori fibrillari, eventualmente si raggrinza e nei casi marcati si incurva verso il lato paralizzato e atrofico.

Nelle paralisi bilaterali dell'ipoglosso, dovute generalmente a lesioni di ambo i nuclei perchè questi sono molto vicini, la lingua è flaccida, tremula, e diventa col tempo raggrinzata. La masticazione e la deglutizione sono impossibili, la parola appena comprensibile. Fatti analoghi si verificano nella paralisi bulbare cronica: la paresi s'inizia dalla lingua e si diffonde subito alle labbra, alla faccia, ai muscoli faringei e laringei realizzando la paralisi glosso-labio-laringo-faringea.

Il senso del gusto può essere abolito, diventare più acuto o alterato qualitativamente. Il gusto si attutisce o si abolisce quando la lin-

gua è molto patinosa e secca, come nella febbre. Ma nelle lesioni di un nervo la perdita del gusto si ha solo su una metà della lingua e quindi può essere apprezzata solo con opportuno esame. Nella paralisi facciale si ha perdita del gusto nei due terzi anteriori della lingua solo quando il VII nervo è leso nella parte distale al ganglio genicolato, per modo che è lesa la corda del timpano. Le lesioni del glosso-faringeo (IX), le quali provocano perdita del gusto nel terzo-posteriore della lingua, sono generalmente di origine centrale (fratture o tumore della base del cranio) e spesso sono accompagnate da lesioni del X e dell'XI.

Il tremore della lingua può episodicamente aversi in persone sane come indice di nervosismo e di esaurimento. È per altro un sintoma comune nell'alcoolismo acuto e cronico, nel parkinsonismo post-encefalitico, nel la paralisi nucleare o infranucleare dell'ipoglosso.

Alcuni individui lamentano di avere la lingua legata. Si tratta di un disturbo dovuto allo allo scarso sviluppo della lingua di fronte alla lunghezza del frenulo. Questo può essere abnormemente breve ed inserito molto vicino alla punta. Quest'anomalia nei lattanti può limitare la protrusione ed ostacolare il succhiamento.

La lingua troppo grossa può impacciare la parola e la deglutizione. La macroglossia si riscontra congenitamente nei cretini ed anche nei mongoloidi. la cui lingua presenta spesso screpolature ed ipertrofia delle papille. I deficienti sogliono tenere costantemente la punta protrusa. Le forme acquisite possono essere di origine sifilitica da persistenti ulcerazioni gommose, possono essere dovute a glossite parenchimatosa acuta, o gonfiore allergico, ad intossicazione alcoolica cronica, a dispepsie croniche.

Un'altra anomalia è costituita dalla punta biforcata.

La deficienza della saliva rende secca la lingua che normalmente è umida. Tale condizione è dovuta alla riduzione della secrezione salivare, all'eccessiva evaporazione, che si ha quando la bocca è tenuta a lungo aperta, dalla disidratazione generale dell'organismo accompagnata o non da febbre. Nello stato di salute la lingua è dura e piena, diventa molle e afflosciata quando la pressione vasale si abbassa.

La lingua può essere ricoperta da una patina dovuta ad ispessimento e proliferazione dell'epitelio che ricopre le papille, mista a varî batteri ed a detriti accidentali. Nei disturbi gastrici leggeri, come ad es. a seguito di intemperanze alimentari, oppure in individui malandati in salute per affezioni costituzionali, la lingua suole apparire patinosa. L'epitelio bianco, che ricopre le piccole papille filiformi, prolifera lasciando scoperte le papille fungiformi. In tali condizioni la lingua rimane ancora umida, ma nelle forme più accentuate tende a seccarsi. Nelle affezioni generali, specie acute e accompagnate da febbre lo sviluppo dell'epitelio diventa più abbondante in modo cha la patina risulta più spessa e più diffusa. Contemporaneamente si riduce la secrezione salivare e perciò la lingua diventa secca, la patina assume una tinta bruna al centro e giallastra ai bordi ed infine la superficie della lingua presenta screpolature.

La lingua screpolata, patinosa, brunastra ha un cattivo significato prognostico in tutte le malattie e specie in quelle febbrili. Si riscontra più comunemente nel tifo, nella peritonite, nell'occlusione intestinale e anche nel delirium tremens. Nelle affezioni accompagnate da perdita abbondante di liquidi come nella diarrea, nella dissenteria, nel colera, la lingua è piccola e raggrinzata. In tutte le malattie febbrili è coperta da patina spessa e nella scarlattina è arrossata con il caratteristico aspetto a lampone.

Con il miglioramento dello stato generale la lingua si deterge e si inumidisce.

La patina unilaterale si riscontra talvolta nella paralisi facciale quando la masticazione avviene solo dal lato sano e si ha così l'accumulo di detriti sulla parte paralizzata. È stata anche notata dopo la sezione del trigemino e l'alcoolizzazione del ganglio di Gasser. Le ulcerazioni e le ferite della lingua immobilizzando una parte della lingua determinano il deposito della patina sulla parte stessa.

Talvolta le papille filiformi sono molto sviluppate e danno alla lingua un aspetto peloso. Il fenomeno è stato notato in soggetti sifilitici e dispeptici.

La lingua nera può essere provocata da infezioni da aspergillus niger e più spesso dall'introduzione nella bocca di alcune sostanze (liquerizia, preparati di ferro, inchiostro, polvere di carbone).

La lingua bianca o meglio pallida in toto si ha nelle anemie gravi, mentre chiazze biancastre possono essere costituite da strati di latte cagliato, afte o placche mucose sifilitiche. È a tenere presente che le sostanze corrosive come l'acido fenico, l'acido ossalico, l'ammoniaca, il sublimato, producono lesioni biancastre.

La lingua azzurra, oltre come segno della cianosi generale nei vizî di cuore e nella policitemia, può riscontrarsi nel morbo di Addison. La lingua violetta può aversi temporaneamente come effetto della diffusione di anilina contenuta nei cosmetici.

Nell'itterizia occlusiva la lingua assume una tinta giallastra specie ai margini. Sono state notate anche piccole chiazze gialle, veri xantomi analoghi a quelli che si riscontrano sulla pelle. Nelle gastriti croniche si ha spesso una patina grigio-gialla.

Nelle forme gravi di deperimento, come

nell'ultima fase della tisi, la lingua è secca e rossa. Nel tifo addominale, alla terza settimana invece che patinosa e bruna può essere rossa e screpolata.

Nella peritonite acuta può essere rossa, piccola e dolente.

Nella sprue è di solito pulita, ma durante la fase acuta può diventare rossa e coprirsi di piccole vescicole e ulcerazioni, specie alla punta ed ai margini. Nelle forme croniche la superficie è pallida, liscia e lucente a causa dell'atrofia delle papille filiformi, ma talvolta quelle fungiformi sporgono arrossate.

Nelle forme gravi di pellagra l'epitelio si sfalda e la superficie appare abrasa ed infiammata: il paziente avverte sulla lingua un senso di scottatura. Nelle forme croniche le papille si atrofizzano e la superficie appare levigata.

Nel diabete grave a seguito della disidratazione prodotta dalla poliuria la lingua diventa rossa e secca; nelle forme leggere e ben curate non si nota nessuna modificazione.

Nelle malattie febbrili a lungo decorso (suppurazioni croniche, empiema cronico, ascesso dello psoas) è secca e rossa.

La lingua geografica è un'anomalia caratterizzata da placche grigiastre costituite da iperplasia dell'epitelio nel cui centro si determinano desquamazioni con arrossamento della superficie. Queste placche hanno varia estensione e configurazione dando alla superficie della lingua l'aspetto di una carta geografica. Si tratta di un fenomeno più frequente nei bambini che non ha alcun significato clinico e non provoca sofferenze.

Nelle malattie febbrili si possono provocare screpolature con una disposizione caratteristica (una centrale e molte piccole con divisioni irregolari) che dà alla superficie l'aspetto della pelle dello scroto (lingua scrotale).

A seguito delle screpolature profonde prodottesi nel corso di varie malattie, di ulcerazioni o di lesioni traumatiche si formano cicatrici, di cui le più significative sono quelle derivanti da ferite durante le convulsioni epilettiche.

In tutte le forme di anemia la lingua è pallida. Ma nell'anemia perniciosa può aversi anche una glossite superficiale cronica con la conseguente atrofia delle papille donde il pallore e la levigatezza della superficie. Talvolta si producono anche vescicole ed ulcerazioni.

Un aspetto analogo può assumere nell'anemia semplice, cronica, acloridrica, microcitica.

Nella leucemia acuta possono prodursi piccole emorragie sotto la superficie della lingua. Nella leucemia cronica il terzo medio può apparire liscio, mentre il terzo anteriore è fortemente screpolato ed il posteriore presenta un'abbondante proliferazione linfatica.

Nelle malattie emorragiche (porpora, emofilia) si possono avere emorragie nel corpo della lingua e alla sua superficie.

Le talangectasie della lingua sono tutt'altro che rare, sono spesso familiari e possono dar luogo, ad emorragie.

Una particolare menzione merita l'aspetto della lingua nel corso della scarlattina. Al principio è saburrale con una patina bianca e spessa. Verso il terzo o quarto giorno si deterge diventando rossa e disepitelizzata cominciando dalla punta e dai margini e contemporaneamente le papille fungiformi ingrossate fanno sporgenza per modo che la lingua assume il tipico aspetto a lampone. Verso la fine della prima settimana comincia a riformarsi l'epitelio.

Nella dispepsia semplice, nella gastrite acuta e cronica, nelle forme d'indigestione da eccessi alimentari, da ingestione di cibi poco digeribili o da intemperanze alcooliche la lingua è patinosa e secca. Talvolta nella gastrite cronica e di solito nella cirrosi epatica oltre che saburrale è anche atonica e dentata.

Nell'ipercloridria la lingua è rossa, presenta spesso piccole ulcerazioni superficiali ed è sede di sensazioni di scottatura.

Analoghe ulcerazioni e sensazioni possono essere provocate da protesi dentarie delle quali fanno parte due metalli. Si forma una piccola pila nella quale la saliva agisce da elettrolito e la corrente che si produce provoca le dette alterazioni.

Un'ulcerazione semplice può essere prodotta da un dente spezzato.

Nel diabete una sensazione di tillichio o formicolio può essere il primo segno di una crisi ipoglicemica.

Nel cancro dello stomaco la lingua è di solito pulita. Anche nell'ulcera peptica l'impatinamento non è costante. Friedrich in 200 infermi di ulcera peptica trovò che la lingua non presentava alcuna alterazione nel 45,5 % dei casi, era leggermente patinosa nel 27,5, presentava piccole ulcerazioni nel 10,5 %, era geografica nell'1,5 %, cosparsa di placche nell'11,5 % e mediovallata nel 3,5 %. Concluse che tali reperti infirmavano il vecchio detto che « la lingua è lo specchio dello stomaco ».

DR.

Il sondaggio duodenale nella litiasi del coledoco.

(A. I. BENGOLEA e V. SUAREZ. *Lyon Chirurgical*, n. 2, 1939).

Gli AA. dopo 15 anni di esperienza continua e aver realizzato parecchie migliaia di sondaggi duodenali in ammalati affetti da calcolosi delle vie biliari principali sono in grado di giungere a delle conclusioni di altissimo interesse pratico, confutando e rimovendo ad

una ad una giustificatamente le obiezioni poste alla scuola Lionese. Trattano l'argomento svolgendo anzitutto il problema diagnostico, dopo quella terapeutico.

1) *Problema diagnostico*: l'anamnesi accurata ed un diligente esame obiettivo del p. ci orienterà sulla diagnosi probabile. A questi è necessario aggiungere il sondaggio duodenale mediante la sondina di Einhorn, che deve esser praticato e studiato dal medico il quale conosce perfettamente le caratteristiche della bile duodenale e della bile della cistifellea, sa distinguere i diversi tipi della bile da stasi e riconoscere i liquidi estratti dalle vie biliari da quelli delle vie digerenti e aeree.

L'esame microscopico sarà un prezioso aiuto che confermerà le presunzioni diagnostiche, che spesso sarà in grado di chiarire la diagnosi. Gli AA. sono sopratutto in disaccordo coi colleghi di Lione sul tema sondaggio duodenale e litiasi del coledoco. La diagnosi di calcolosi del coledoco richiede uno studio molto accurato del p. nel quale l'anamnesi ha un'importanza straordinaria. Si sa come spesso sia difficile distinguere una litiasi del coledoco complicata d'ittero, dalle altre sindromi di occlusione del coledoco per neoplasie delle vie biliari, epatiti itterogene, itteri gravi, ecc. Certo non si comprende come dei medici esperti nell'uso del sondaggio duodenale ne possano negare il suo valore in pazienti affetti da sindromi itteriche. Ciò dipende però dalla scarsa esperienza in merito. Gli AA. che hanno praticato il sondaggio duodenale in più di 300 pazienti nei quali era giustificato l'intervento chirurgico per litiasi della via biliare principale, pancreatiti croniche, idatidali aperte nelle vie biliari, neoplasmi della testa del pancreas, delle vie biliari, colecistiti calcolose, angiocoliti suppuranti, ecc., ecc., giungono alla conclusione che la sonda di Einhorn è utile tanto nell'interpretazione delle sindromi itteriche quanto nelle semplici affezioni vescicolari, in quanto permette: 1) l'esplorazione del chimismo gastrico e duodenale; 2) lo studio macroscopico e microscopico della bile duodenale o del contenuto duodenale, in caso di ostruzione; 3) caratteri della secrezione pancreatica; 4) riflesso di Meltzer-Lyon e diversa risposta allo stimolo da parte delle secrezioni biliari e pancreatiche; 5) evoluzione delle sindromi itteriche seguita col sondaggio; 6) studio chimico e batteriologico. Senza stare a commentare punto per punto queste proposizioni gli AA. segnalano quante volte il sondaggio duod. in casi di itteri clinicamente da ostruzione ha mostrato l'assoluta canalizzazione delle vie biliari e quante volte la sua azione ha giovato effettivamente nel rimuovere grumi o calcoli delle vie biliari. Qualche volta lo studio microscopico di tali grumi ha rilevato la presenza di giardie risolvendo il problema diagnostico di un ittero che durava da molti mesi.

Gli AA. però si preoccupano sopratutto di esporre i risultati del sondaggio duodenale nelle litiasi del coledoco e dedurre i fatti seguenti che hanno un grande valore nella interpretazione clinica delle sindromi di ostruzione:

1) In alcuni p. il drenaggio della bile è continuo o intermittente, abbondante coi comuni caratteri della bile. L'istillazione del solfato di magnesio provoca un brusco arresto, che può essere subito rimosso coll'introduzione di 20-30 cc. d'acqua, della secrezione biliare, che ricompare dopo 15 minuti o più in abbondanza con grandi quantità di grumi delle vie biliari intraepatiche contenenti cilindri, cristalli, granulazioni, microrganismi.

2) In altri casi, eliminazione intermittente di bile franca alternata con quella di succo pancreatico o liquido duodenale appena tinto di bile; ciò dipende dal fatto che il riflesso M. L. aumentando la pressione intracanicolare determina la discesa dei calcoli che ostruiscono la porzione terminale; dopo di ciò, una volta scomparsa la contrazione dello sfintere di Oddi, il calcolo si mobilizza e lascia di nuovo passare bile.

3) Nei malati di gravi sindromi itteriche per ostruzione la prima bile che si ottiene col drenaggio ha i caratteri della bile da stasi, stagnante, qualche volta verde-bottiglia per ossidazione microbica della bilirubina in biliverdina.

4) nella maggior parte dei casi si è notato un abbondante scolo di bile stagnante, da 600 a 800 cc.

5) In alcuni casi niente bile e riflesso di M. (M. L.) negativo. È eccezionale che questo stato perduri sempre negativo per 3-4 giorni di seguito nella litiasi del coledoco. In generale dal 1° al 3° sondaggio, fino anche al 7°, si ottiene bile.

6) Trovare nella bile dopo istillazione di solfato di magnesio frammenti di calcoli ha un'importanza grandissima per la diagnosi di litiasi biliare.

Se il sondaggio duodenale ha un grande valore nello studio delle sindromi itteriche non bisogna tralasciare però gli esami di laboratorio e la radiologia che spesso da sè conferma o chiarisce la diagnosi.

2) *Problema terapeutico*. La migliore terapia preventiva della litiasi del coledoco è il trattamento chirurgico precoce della litiasi vescicolare, poichè la calcolosi del coledoco è quasi sempre consecutiva a quella della cistifellea e va considerata come una complicazione di questa. L'operazione sul coledoco quando si è già instaurata in pieno la sindrome itterica dà dei risultati poco soddisfacenti, poichè i malati sono operati in realtà tardivamente, in pieno periodo di complicazioni, aggravati dalla intossicazione biliare. È evidente il vantaggio di operare tali p. al di fuori del periodo dell'ostruzione totale. A tal uopo è necessario ricorrere al drenaggio duodenale, il quale per-

mette non solo di ottenere una bile abbondante, ma anche la scomparsa rapida e progressiva della sindrome itterica. Miglioramento subiettivo, che si accompagna in molti ammalati all'eliminazione spontanea dei calcoli o alla completa remissione dei sintomi d'infezione biliosettica concomitante.

Una volta ottenuto il miglioramento o la scomparsa della sindrome itterica, per la recidiva dei sintomi, il chirurgo interviene su tali pazienti con maggior sicurezza nei riguardi della prognosi post-operatoria.

Si può parlare di dogma di intervento chirurgico sistematico e precoce!

Gli AA. confrontando le statistiche operatorie della mortalità per litiasi del coledoco che oscillano dal 6 al 40 % con i dati della loro esperienza pensano che non solo sia giustificato oltrechè utile, ma necessario il sondaggio duodenale, che da sè ha permesso sia l'eliminazione dei calcoli nel 20 % dei casi, cifra questa suscettibile di aumento se tale metodo venga elevato a sistema e si osservino più attentamente le feci, sia il miglioramento fino alla scomparsa della sindrome itterica in pazienti con infiammazione delle vie biliari.

Certo non v'è alcuno che possa discutere in quali condizioni sia preferibile operare un malato di calcoli del coledoco: se cioè in pieno ittero, intossicato, con diuresi limitatissima, dimagrito e con febbre, o pure, passato questo stadio mercè il drenaggio duodenale, quando il p. è aumentato di peso, non ha più febbre, con diuresi normale, senza ittero.

SIMONETTI.

Reumatismo polmonare evolutivo (studio clinico ed anatomo-patologico).

(J. W. TOBIAS. *La Revista de Medicina y Ciencias afines*, 30 luglio 1939).

L'A. riferendosi ad un suo antecedente lavoro in cui si occupava di una localizzazione polmonare cronica ed evolutiva del reumatismo di Bouillaud, presenta un caso clinico di reumatismo polmonare evolutivo, clinicamente diagnosticato e confermato dallo studio anatomico-patologico.

I caratteri clinici sono quelli di malattia polmonare attiva ed evolutiva, a recidive, progressiva, molto somigliante a quella forma clinicamente e anatomicamente osservata e che si conosce con il nome di reumatismo cardiaco evolutivo.

Il reumatismo polmonare evolutivo tiene, come quello, il carattere evidente di malignità e ambedue sono ribelli al trattamento intensivo con salicilato.

Il substrato istopatologico del polmone con le sue lesioni vascolari, con le necrosi fibrinoidi, la jalinizzazione, i noduli di Aschoff localizzati nell'avventizia delle arterie muscolari, la endotelite e l'infiltrazione dell'intima, i caratteri dell'infiltrato, la evidente propagazione per via ematica, ai quali bisogna aggiungere la sclerosi, l'alveolite desquamativa pneumonica ed emorragica, la peribronchite, è di una tale specificità che permette di asserire in forma incontestabile la diagnosi di: reumatismo polmonare evolutivo.

Il malato, ragazzo di 15 anni, aveva sofferto all'età di 11 anni di dolori articolari generalizzati con endocardite mitrale cronica e conseguente insufficienza mitralica. Ricoverato con diagnosi di localizzazione reumatica cardiaca e polmonare, presentò in seguito localizzazione pericardica con carattere maligno progressivo resistente al trattamento salicilico, itterizia franca e universale, edemi generalizzati, ascite, epistassi, emorragie cutanee, sindrome di sovraccitazione psico-motrice e coma epatico. In piena evoluzione di un reumatismo viscerale maligno, con localizzazione polmonare predominante, appare quindi una epatite o epatosi itterigena acuta che produce la morte con il quadro clinico dell'insufficienza epatica.

L'A., si domanda se tale epatite possa esser stata causata dall'infezione reumatica maligna o da altra infezione sovrapposta e sconosciuta, oppure dal trattamento salicilico a cui fu sottoposto l'infermo in forma intensa e prolungata. L'impressione clinica porta l'A. ad affermare che non esisteva alcun altro processo infettivo che abbia potuto provocare la lesione epatica mortale ed a accettare o la intossicazione da salicilato di sodio o la localizzazione dell'infezione reumatica.

L'A. conclude sottolineando l'importanza della coesistenza del reumatismo del polmone sinistro e pericardite con effusione siero-fibrinoso prima polmonare poi pericardico, e fa rimarcare che sia le lesioni cliniche che quelle anatomo-patologiche del miocardio passano in seconda linea. Polmone destro, perfettamente sano all'esame clinico e anatomo-patologico.

S. F.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Ciampolini Arnolfo. *Gli infortuni del matrimonio (L'impotenza « coeundi », l'impotenza « generandi » e l'articolo 121 del Codice Civile)*. Luigi Pozzi, Editore. Roma, 1939, XVII. Pag. 400. Pr. L. 50.

Il Ciampolini, che ha arricchita la letteratura medico-legale italiana di una vasta ed elaborata produzione in materia di Infortuni in genere e di quelli sul lavoro in specie, illustrandoli sotto ogni forma e specie, patologica, clinica e giuridica, in questa nuova espressiosione della sua geniale e fertile attività di scienziato in veste letteraria e umanistica, presenta, con un grazioso titolo di collegamento alla sua specifica attività sopra accennata, un'opera di particolare interesse in materia di medicina legale e sociale agli effetti del vincolo matrimoniale.

Sono vecchie questioni incise nelle tavole della Legge che « in materia » sono dominate dal dogmatismo del Diritto Canonico, a cui si accoda o, se si preferisce, si affianca il nostro nuovo Codice Civile, anche in quella annosa ma più che vitale, finchè non sarà umanamente e scientificamente risolta e non evasa con nominativi generici, dell'« impotentia generandi » non atta a dirimere il vincolo. L'A. tratta l'argomento, compreso il titolo « errore di persona » con fine senso critico e con sobri spunti polemici.

Le parti successive sono quelle più ampiamente trattate in campo medico, e sono quelle da cui il perito può trarre i maggiori e più utili elementi di coltura e di addestramento medico-legale. In esse si studiano e si espongono la struttura biologica dell'accoppiamento, e i vari elementi fisiologici che lo plasmano, e patologici che lo deformano, per la migliore precisazione della massima finalità familiare e sociale del congiungimento, la procreazione della specie e di una specie che meglio possa raggiungere il più perfetto biotipo psico-fisico. Sono accuratamente analizzate tutte le cause morbigene anatomiche e funzionali, costituzionali e endocrine che a tale finalità si oppongono, e che nei due sessi interferiscono nel concetto giuridico della validità del vincolo matrimoniale; e delle dette cause sono valutate le forme dimostrative che la scienza ci fornisce per un giudizio clinico e medico-legale che più si avvicini al vero.

A sostegno e a illustrazione dei vari argomenti l'A. riporta numerose ed estese « pronuncie giudiziali » risultanti da sentenze dei vari Tribunali, Corti di appello e di Cassazione, e che occupano una parte molto rilevante del libro.

L'interessantissima tesi, che costituisce lo spirito e la finalità dell'opera, è trattata, sotto ogni punto di vista, in maniera chiara, precisa, concreta e nel bello stile delle migliori forme della nostra letteratura.

L'A. rimandando il lettore ad altra sua recente opera, sorvola sull'elemento psicologico che esalta o inibisce la sessualità, che crea l'attrazione o la ripulsione in una manifestazione di convivenza umana tra i due sessi, per cui il massimo Codice che la disciplina dà tanta importanza al « difetto di consenso ». Ma se ciò lascia il nostro spirito insoddisfatto nel desiderio di un più amplio godimento nella lettura del libro, nulla ad esso toglie dei molti pregi che lo costituiscono e lo raccomandano all'attenzione dei medici, dei giuristi, e delle persone colte in genere, che amano le cose belle.

Alla veste esteriore di bellezza pensò il Pozzi con la sua abituale eleganza editoriale.

G. Mòglie.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

I. Lange. *Kurzgefasstes. Lehrbuch der Psychiatrie.* Editore Thieme, Lipsia, Prezzo RM. 7,20.

Il libro, del compianto psichiatra di Breslavia compare nella sua terza edizione curata dal prof. A. Bostroem dell'Università di Lipsia.

I pregi di questo manuale sono ben noti, pregi sopra tutto didattici che rendono agevole anche ai non specializzati la comprensione dei disturbi dello spirito ed il riconoscimento delle varie malattie mentali.

Ben trattata è anche la terapia con l'esposizione di tutti i recenti metodi di cura.

Dr.

Fortschritte auf dem Gebiet der Nervenkrankheiten. Editore T. Steinkopff. Dresda e Lipsia. Prezzo RM. 12.

Questo fascicolo pubblicato dalla *Aerztlichen Vereiningung Bad Oeynhausen* contiene dieci monografie sulle seguenti palpitanti quistioni di neuropatologia: reperti arteriografici delle affezioni vasali del cervello, emorragie cerebrali, diagnosi differenziale tra malattie vasali organiche e tumori del cervello, sindromi extrapiramidali, mielosi anemiche e tossiche, encefalite ed encefalomielite, sindromi poliomielitiche rudimentali, neuriti ed infezioni focali, avitaminosi del sistema nervoso, intossicazioni professionali del sistema nervoso.

Dr.

K. Leonhard. *Involutive und idiopatische Angstdepressione in Klinik und Erblichkeit.* Editore Thieme, Lipsia. RM. 7.

Le psicosi ansiose sogliono presentarsi con forme differenti nell'uomo e nella donna.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L'A. precisa queste differenze e ne studia le ragioni, esponendo dettagliatamente le varie forme di depressione involutiva nelle varie epoche e nei vari stati dell'uomo e della donna. DR.

E. TURCO. *Perizie medico-legali.* Tipografia Patitucci, Castrovillari.

È una raccolta di perizie medico-legali, interessanti argomenti varî, che l'A. redasse parecchi anni fa.

Malgrado siano state compilate quando vigevano leggi diverse dalle attuali e quando erano dominanti nozioni scientifiche oramai superate, le perizie del dott. Turco si leggono volentieri per il severo spirito critico che le informa. DR.

F. GONZALEZ PATINO. *Esercicio legal de la Medicina.* Stamperia L. J. Rosso, Buenos-Ayres.

In questo volume sono riprodotte due perizie elaborate dall'A. in occasione di processi giudiziari contro farmacisti imputati di vendita abusiva di stupefacenti. Vi sono ben precisati i limiti delle responsabilità dei medici e dei farmacisti di fronte alle leggi che controllano la prescrizione e la vendita delle sostanze inebbrianti e stupefacenti. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medica del Friuli.

Seduta del giorno 25 ottobre 1939-XVII

Sul particolare decorso di un caso di embolia.

DOTT. A. SIMONETTI. L'O. presenta il caso di un endocarditico colpito da embolia contemporanea cerebrale sin. e della arteria tibiale ant. con anartria e sintomi di ischemia acuta dell'arto inf. D.

Particolare la posizione assunta dal piede: torto-equino varo con la massima rotazione possibile. Scomparsa della sensibilità termica. Conservazione della S. tattile e dolorifica.

Paralisi di tutti i muscoli irrorati dell'a. tibiale ant. e da ciò la posizione del piede.

Ripristino della circolazione in 3ª giornata con scomparsa dell'atteggiamento varo equino del piede.

L'O. si studia di far ragione della paralisi selezionata dei muscoli, dei disturbi della sensibilità dissociata, del ripristino di tutte le funzioni con la ripresa del circolo.

L'ammalato ha potuto camminare come prima.

Interloquisce: prof. G. PIERI.

La malattia di Heine-Medin in Friuli nel 1939.

Prof. G. BERGHINZ. — L'O. riferisce su quelle che sono state le caratteristiche cliniche ed epidemiologiche della malattia in Friuli. Nei riguardi della diagnosi ritiene che si possa sempre fare con certezza in base ai reperti clinici e del liquor.

La terapia più efficace si è dimostrata quella con il siero Pettit e successivamente la cura Bordier.

Quadri clinici ed accertamento diagnostico della malattia di Heine-Medin.

Dott. F. CHIUSSI. — L'O. riferisce brevemente su alcuni casi atipici di malattia di Heine-Medin che in periodo epidemico si presenta nel suo più alto polimorfismo. Dopo aver ricordato i vari quadri in cui può presentarsi la malattia, espone i criteri differenziali con le malattie che si presentano in discussione.

L'esame del liquor rivela delle caratteristiche che pur non essendo patognomoniche sono di notevole aiuto: clinica e laboratorio associati permettono di porre una diagnosi con relativa sicurezza.

La resezione dei nervi otturatori nelle paresi spastiche degli arti inferiori.

Prof. G. PIERI. — Nelle paresi spastiche degli arti inferiori si verifica una tendenza di questi alla adduzione e rotazione interna, la quale nei soggetti a paresi unilaterali determina il cammino falciante, in quelli con paresi bilaterale produce la tendenza degli arti a incrociarsi, donde un ostacolo notevole alla deambulazione.

La resezione dei nervi otturatori si dimostra in questi pazienti molto utile.

L'O. nel periodo degli ultimi 11 anni l'ha usata in sei casi, tutti concernenti bambini con morbo di Little, praticandola attraverso un taglio mediano all'ipogastrio, extraperitoneale, che permette l'operazione bilaterale attraverso un'unica incisione. I risultati sono stati in tutti i casi favorevoli.

L'O. presenta l'ultima operata, una bambina in cui l'operazione data da due mesi e mostra le fotografie di altri operati.

Epitelioma su cicatrice da ferita da guerra.

Dott. D. BARATTO. — L'O. presenta un uomo di 51 anni, il quale nell'agosto del 1916 riportò grave ferita da granata alla coscia destra con frattura del femore e lunghi postumi (la ferita suppurò ed il tramite residuante si chiuse dopo sei anni).

Nel febbraio 1938 al centro della vasta cicatrice longitudinale apparve un nodulo che si ulcerò e che presentava tutti i caratteri di un epitelioma. Nel maggio 1939 il p. si fece ricoverare in Ospedale; il tumore ulcerato aveva il diametro di 2 cm.: fu asportato insieme ad un segmento di pelle e dei tessuti sottostanti; l'esame microscopico confermò la diagnosi di epitelioma.

Seguì regolare guarigione, ma dopo un mese circa il paziente si accorse della comparsa di una tumefazione nella regione inguino crurale.

Il 21 agosto furono asportate due grosse ghiandole di carattere evidentemente neoplastico. Si verificò inoltre una recidiva locale nella cicatrice della coscia, rappresentata da due noduli che furono asportati il 29 settembre. Il p. appare guarito.

Rapporti di proporzionalità tra tifoidi e paratifoidi in Friuli.

Dott. E. FAIONI. — L'O. riferisce su un complesso di sieroagglutinazioni di Widal, riguardanti i gruppi tifici eseguite in Friuli durante gli anni 1936-1937-1938, riportandone i dati ed i rapporti di proporzionalità.

Da tale statistica risulta un netto predominio nella Provincia friulana dell'infezione tifosa sui gruppi paratifici A e B e di questi ultimi è il primo che prevale con discreta evidenza.

Il Segretario: Dott. G. MINCIOTTI

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'embolia gassosa arteriosa.

Curtillet E. (*Journal de Chirurgie*, n. 4, aprile 1939) comincia con il dare la definizione di embolia gassosa arteriosa per la quale devesi intendere l'entrata di aria in una vena polmonare ed il suo successivo trasporto verso i territori arteriosi della grande cicolazione. L'embolia venosa invece si ha per l'ingresso di aria in una vena periferica che la trasporta al cuore destro e all'arteria polmonare.

L'embolia crociata è realizzata dall'entrata di aria in una vena periferica e dal suo passaggio nel cuore sinistro, che la spinge nel grande circolo.

Con un accurato ed importante studio sperimentale l'A. riesce a chiarire molti punti dell'embolia arteriosa. Precisa così che la penetrazione di aria in una vena polmonare richiede la condizione che il vaso sia beante (ciò si ha specialmente quando il tessuto perivasale è sclerotizzato, indurito); e la condizione che la pressione sanguigna sia inferiore a quella dell'aria ambiente (ciò si verifica specialmente nelle fasi di depressione inspiratoria e nel decubito laterale). L'ingresso dell'aria in una vena si verifica in patologia umana durante manovre chirurgiche su un tessuto sclerosato, durante punture con aghi che perforano ad un tempo un bronco ed una vena, durante pnx terapeutici che rompono aderenze.

L'aria, giunta al cuore sinistro e all'aorta, progredisce in direzioni ben definite secondo il decubito del corpo: in posizione laterale sinistra imbocca il tronco brachio-cefalico, in posizione laterale destra la succlavia e la carotide, nella posizione declive imbocca l'aorta addominale. Man mano anche il calibro del vaso si riduce, la bolla gassosa si assottiglia, e si riduce anche di volume per progressivo riassorbimento.

Essa si arresta definitivamente nelle arteriole di 30-40 micron (nel coniglio) e non passa che eccezionalmente nei capillari. Una volta arrestata la bolla si riassorbe, e la circolazione si ristabilisce immediatamente. Il passaggio dell'aria dal territorio arterioso a quello venoso, si compie attraverso anastomosi artero-venose, là dove esistono.

Importanti le osservazioni riguardanti il comportamento del sangue e delle pareti vasali dinanzi ad un embolo gassoso. L'A. ha veduto spasmi intensi ma passeggeri sulle arterie, ma non sulle arteriole; al contrario ha veduto una vasodilatazione arterio-capillare a valle dell'embolia.

Per quanto si riferisce alle cause di morte, l'A. precisa che per arrivare all'esito letale è necessario che la quantità d'aria sia notevole e che siano colpite le art. coronarie, le art. bulbari, le art. cerebrali.

Lo studio è completato da tre osservazioni cliniche assai interessanti, delle quali l'A. si serve per tracciare il quadro o i quadri sintomatici dell'embolia nell'uomo, e per indicare norme di terapia. A proposito della quale è opportuno ricordare che l'embolia in chirurgia polmonare è praticamente evitata operando in decubito declive ed in iperpressione. Quando l'embolia è già istituita, il solo mezzo per far procedere l'aria è quello di determinare una vasodilatazione, che si ottiene specialmente con l'acetilcolina. RUGGIERI.

Inondazione peritoneale di origine ovarica simulante una gravidanza extrauterina.

P. Perazzi (*La Clinica ostetr. e gin.*, nov. 1939) riferisce il seguente caso interessante. Una giovane di 23 anni, viene colta subito dopo un rapporto sessuale da forte dolore alla fossa iliaca sinistra con lieve lipotimia. Nei giorni seguenti, continuano le crisi dolorose al basso ventre; non rialzi termici, impossibilità alla minzione. Donna anemizzata, addome dolente specie a sinistra, annessi ingrossati e dolenti. Tenuto conto di fatti appendicolari sofferti nell'infanzia, si pensa alla possibilità di gravidanza extrauterina in donna con appendicite cronica e s'interviene.

Si trova sierosa peritoneale con circa mezzo litro di sangue e qualche coagulo; trombe sane e pervie, ovaio sinistro con profonda lacerazione, in fondo alla quale si scorge una cavità cistica occupata da sangue e dal corpo luteo. Nessuna traccia di tessuto ovulare. L'esame istologico della porzione di ovaio resecata dimostra che vi era un processo di ovarite con microcisti, corpo luteo cistico in regressione, con abnorme persistenza di vasi dilatati.

L'appendice, che era in preda a processo infiammatorio cronico con aderenze estese e tenaci, venne asportata. Le alterazioni dell'ovaio erano, con tutta probabilità, da attribuirsi a periviscerite consecutiva ai processi appendicitici.

Il caso presenta interesse per la possibilità di scambio di una gravidanza extrauterina con la rottura di cisti lueteiniche; in queste ultime potrebbe servire da criterio diagnostico, la presenza osservata dall'A. della ritenzione di urina (che manca invece nella gravidanza extrauterina in cui esiste piuttosto stimolo alla minzione), da attribuirsi a contrazione spasmodica dello sfintere vescicale. *fil.*

Genesi del sarcoma e trauma.

Talvolta esistono rapporti indubbi tra un trauma e lo sviluppo successivo di un sarcoma sui tessuti danneggiati. Perchè un trauma

possa dar luogo alla formazione di un sarcoma, dice S. Tappèiner (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 1° settembre 1939) è necessario che esista anche un fattore endogeno, costituzionale, cioè la disposizione ai tumori. Solo esistendo queste particolari proprietà reattive dell'organismo, una rigenerazione e proliferazione patologiche possono degenerare verso la formazione blastomatosa. I sarcomi traumatici si possono distinguere in due gruppi: quelli che si manifestano solo ad anni di distanza dal trauma (disposizione ai tumori non molto accentuata, disturbo cronico della rigenerazione e proliferazione in seguito al persistere di azioni irritative, p. es. da corpi estranei) e quelli, più gravi e a rapido sviluppo, che si formano già alcune settimane o al massimo mesi dopo il trauma. Questi ultimi sarcomi sono composti da cellule molto immature, con abbondanti cariocinesi atipiche, e dànno metastasi precoci. Si hanno in individui con forte disposizione costituzionale ai tumori. Sono riferiti due casi: un sarcoma spinocellulare fibromatoide insorto dopo 14 anni sulla cute del corso al posto lacerato da una scheggia di granata, e un sarcoma a grosse cellule rotonde insorto nella regione paravertebrale dorsale tre mesi dopo un trauma (caduta di una grossa cassetta). P.

La genesi della fistola anale.

La patologia dell'ano presenta una notevole particolarità, cioè la frequenza di fistole definitive dopo delle suppurazioni banali, spesso mediocri; le cause generatrici di fistole in altri organi, quali restringimenti, ecc. non intervengono per la genesi della fistola anale.

G. Cabanié (*Acad. Méd.*, 31 ottobre 1939) osserva che lo sfintere anale è un muscolo del tutto diverso dagli altri dell'organismo; le sue fibre, invece di essere parallele, sono feltrate, ossia a direzioni differenti e variabili, con incrociamento e penetrazione reciproca dei fasci. Tale disposizione non è ben visibile ad occhio nudo sicchè lo sfintere appare omogeneo, denso, meno facilmente dissociabile degli altri muscoli; è necessario invece osservarlo a debole ingrandimento per farsi un'idea della disposizione delle fibre.

Dalle valvole di Morgagni al margine esterno dello sfintere, non vi è nessun piano dove sia possibile uno scollamento, ma invece una fissazione intima del tegumento al muscolo. Tale disposizione anatomica costituisce una vera « trappola per fistole ». Le infezioni, originatesi in corrispondenza delle cripte di Morgagni, non trovano alcuna zona scollabile sotto il tegumento e penetrano direttamente nello sfintere, arrivando alla sua faccia inferiore ed a quella esterna.

La disposizione feltrata rinserra i tragitti ed ostacola il loro drenaggio, tanto più perchè la tonicità dello sfintere è di molto più forte che quella dei muscoli ordinari. L'azione del muscolo sfinterico costituisce di per sè una causa della cronicità dei tragitti una volta stabilitisi.

La disposizione feltrata e l'inserzione dello sfintere sulla cute intervengono così in un gran numero di fistole anali, il che non toglie che vi possano essere altri meccanismi, che le favoriscono. *fil.*

Piccola chirurgia delle parti molli. Ematoma, scollamento.

Nell'ematoma, che si ha per l'azione di un corpo contundente ottuso, la maggior preoccupazione del medico deve essere quella di evitare l'infezione; quindi, mai applicazioni umide o fasciature, ma rasatura e tintura di jodio, come se si trattasse di una ferita aperta, applicando poi una medicatura immobilizzante non però troppo stretta. Se l'assorbimento del sangue ritarda, si può praticare una puntura al polo superiore, mediante un trequarti, con tutte le precauzioni asettiche; se il sangue coagulato non passa, si farà una piccola incisione attraverso cui si spremeranno i coaguli, suturando poi ed applicando una medicatura un po' comprimente. Se vi sono parti necrotiche, si asporteranno con le massime cautele asettiche; l'eventuale puntura dell'ematoma, in questi casi, si farà nel punto più lontano e badando bene di evitare ogni infezione da parte della necrosi.

Se il manifestarsi di aumento di temperatura con dolori ed arrossamento locale indica che l'ematoma si è infettato, O. Nordmann (*Med. Klinik*, 15 settembre 1939) raccomanda di procedere al taglio, come se si trattasse di un ascesso.

Nei grandi ematomi sotto le fasce, di cui viene ad essere turbata la nutrizione, si praticherà una lunga incisione, facendo uscire le masse sanguigne ed allacciando gli eventuali vasi sanguinanti; fare poi una sutura a bottone se possono essere assicurate le condizioni di asepsi, altrimenti zaffare lassamente con garza ed applicare una medicatura compressiva.

L'apertura dell'ematoma è consigliata anche nei casi in cui la pressione del versamento comprime l'arteria e ne possono susseguire disturbi di nutrizione delle parti specialmente distali (pallore, parestesie delle dita).

Se il riassorbimento del sangue versato tarda, si ha come conseguenza una linfocisti, riconoscibile per la sua fluttuazione ancora a lungo dopo la lesione. Per il trattamento, si procederà all'aspirazione ed all'iniezione di 10 cmc. di tintura di jodio al 5 %. Se in tal modo non si approda a nulla, si farà un'incisione, raschiando con un cucchiaio tagliente le pareti e facendo poi sutura e compressione.

Quando la forza contundente agisce in senso parallelo alla cute, si può avere uno scol-

lamento di questa dalle fasce sottostanti, senza ematoma, ma con stravasi di sangue; si applicherà una medicatura compressiva. Nel caso d'infezione, non si esiterà ad incidere; se vi è necrosi, si farà una medicatura a secco, attendendo la demarcazione delle parti necrosate.

Le ferite delle parti molli in vicinanza del torace della laringe o del naso possono dar luogo all'enfisema cutaneo che si dovrà guardar bene di confondere con la gangrena gassosa; lo stato generale, la mancanza di dolore e di colorazione della cute faranno escludere tale diagnosi. Il semplice enfisema si riassorbe spontaneamente anche quando, per lesioni polmonari, si estende a tutto il corpo. Soltanto in caso di ferite nasali, si tureranno le narici con garza allo jodoformio. Nel caso di ferite al collo, si provvederà alla sutura della trachea eventualmente ferita. Nell'enfisema da ferite polmonari, il trattamento si limita alla somministrazione di morfina per fare star tranquillo il ferito. *fil.*

Ossservazioni sul trattamento immediato dei traumatismi cranici chiusi.

Wertheimer P. e Perrin J. (*La Presse Médicale*, 25 giugno 1939) fanno delle considerazioni e osservazioni sulla condotta terapeutica da tenere in presenza di un traumatizzato chiuso del cranio, fatte sulla base di una statistica di 73 casi ricoverati in quattro anni nel servizio di chirurgia dell'Ospedale Edouard-Herriot. Queste 73 osservazioni vengono divise in tre gruppi: nel primo sono considerati tutti quelli che ebbero un decorso favorevole e nei quali la guarigione fu ottenuta senza incontrare difficoltà e rappresentano 51 casi, ossia il 70 %. Nel secondo gruppo figurano i casi gravi, che sono morti a breve distanza e nei quali non era possibile una terapia efficiente: 7 casi ossia il 9,5 %. Il terzo gruppo riunisce i casi nei quali si ritenne di dover intervenire, sia o non operatoriamente: 15 in tutto e cioè il 20 %. Di questi 11 furono operati; 9 furono trapanati e di questi 3 solamente hanno avuto un decorso favorevole. È dalla loro esperienza per quanto non impotente per numero, che gli AA. si ritengono autorizzati a insistere sul fatto che il 70 % dei traumatizzati cranici chiusi, che arrivano in un reparto chirurgico e non muoiono immediatamente, sono capaci di guarire senza intervento. Questi ammalati si devono controllare sistematicamente: la temperatura è presa ogni tre ore, è presa nota del ritmo del polso e del respiro, è notata la curva della pressione arteriosa, sono praticati gli esami neurologici, oftalmologici e otologici. La puntura lombare è utile dal punto di vista diagnostico e nelle fratture della base si pratica la vaccinazione preventiva. Questa condotta astensionista non è abbandonata che quando viene sospettata la presenza di un ematoma. E poichè la sintomatologia di quest'ultimo è molto infida il solo sospetto autorizza all'operazione.

Ma oltre il caso dell'ematoma compressivo gli AA. ritengono che una terapia d'attesa sia da seguirsi in questi feriti del cranio.

Bendandi.

VARIA

Rapporti fra influenza e stato meteorico.

J. Bauer (cfr. *Schweiz. med. Wochens.*, 2 dicembre 1939) ha messo in rapporto con i dati meteorici i casi di influenza manifestatisi in Germania negli ultimi 5 anni. Per l'epidemia del 1936-37, l'inizio, la diffusione, l'acme e lo spegnersi dell'epidemia si è avuto in periodi diversi nelle varie grandi città; in confronto delle consuete epidemie, questa si manifestò circa 3 mesi prima della media osservata in lunghi anni. Il non manifestarsi di epidemia dopo alcuni singoli casi verificatisi nell'inverno 1933-34 ed in quello 1935-36, può attribuirsi ad un'estate bioclimaticamente favorevole, susseguita da mesi autunnali moderatamente asciutti.

In linea generale, si può dire che la disposizione alla genesi di un'epidemia influenzale non viene determinata dal fatto che un cambiamento nei fronti o nei corpi d'aria, oppure un ciclone od un anticiclone agiscano sull'organismo. Invece, si deve ritenere che il terreno per lo scoppio di un'epidemia viene preparato in periodi di varie settimane mediante una disarmonia nei grandi fatti meteorologici.

L'aumento dei casi infettivi fino a dare l'epidemia presuppone la disposizione allo sviluppo di questa, che si viene preparando già durante i mesi autunnali. La diffusione dell'epidemia, poi, una volta verificatisi non è più condizionata dai corpi d'aria, ma esclusivamente mediante infezione da contatto o da goccioline.

Un'estate ed un autunno bioclimaticamente favorevoli, con mancanza di individui predisposti rendono probabile la mancanza di una ondata influenzale nei seguenti mesi invernali. Con un'estate ed un autunno normali, l'epidemia si sviluppa generalmente dopo Natale. Con estate ed autunno sfavorevoli, l'infezione (come è accaduto per il 1936) può assurgere ad epidemia, già fin dai mesi autunnali; in tali casi, si deve però sempre considerare il fattore immunbiologico. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. Sabatini. *Passato, presente e futuro di Chianciano termale.* Tip. Petrignani. Roma 1939.

P. Piccinini. *Per la storia della medicina.* Uff. Stampa Medica Italiana. Milano 1939.

G. Barbiera. *Ascesso polmonare da enthamoeba histolytica.* Tip. I. T. E. A. Napoli 1939.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

PROBLEMI CORPORATIVI

Assistenti universitari e concorsi ospedalieri.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha impartito istruzioni perchè le amministrazioni ospedaliere sospendano ogni concorso in attesa di nuove disposizioni. Ciò fa supporre alla *Riforma Medica* (n. 1, 1940-XVIII) che sarà apportato qualche ritocco al Regolamento Sanitario in materia di concorsi. Lo stesso giornale ne trae motivo per mettere in evidenza alcune incongruenze ed errate applicazioni delle norme in vigore.

Vien rilevato innanzi tutto che al posto di primario possono concorrere gli assistenti universitari che abbiano prestato servizio come ordinari non meno di quattro anni in Istituti di Patologia speciale o di Clinica. Sono così esclusi gli assistenti di altri istituti a carattere schiettamente clinico, come quelli di semeiotica medica o di tecnica chirurgica.

In secondo luogo attualmente non possono concorrere gli assistenti volontari, e per quelli ordinari non sono calcolabili gli anni di servizio prestati come volontari. Eppure, a parte il trattamento economico, il servizio prestato come volontario e come ordinario è del tutto eguale. D'altra parte la disposizione crea una disparità di trattamento tra assistenti di grandi e piccole università, in quanto nelle prime l'ordinariato si conquista con grandi difficoltà e solo dopo molti anni di tirocinio, mentre nelle seconde assistenti ordinari ed anche aiuti si diventa ben presto, talvolta subito dopo la laurea.

In terzo luogo c'è da osservare che l'attuale regolamento elenca, tra i titoli che rendono possibile l'ammissione ai concorsi per primari, la libera docenza in patologia speciale o in clinica, e vengono così esclusi i docenti di materie differenti ma con analogo valore culturale e professionale.

Anche le disposizioni in ordine ai limiti di età meriterebbero di essere rivedute. Sarebbe giusto che tali limiti rimanessero aperti non solo per i primari di altri ospedali ma anche per tutti gli assistenti ed aiuti in attività di servizio con la prescritta anzianità.

Dovrebbe oltre a ciò ammettersi la possibilità di concorrere agli ospedali di classe superiore a coloro che sono stati a capo di ospedali di terza categoria, nonchè la possibilità di trasferimenti senza concorso da un ospedale ad un altro dopo un certo numero di anni di servizio prestato in ospedale anche di categoria inferiore.

Infine sarebbe opportuno che non s'incorresse ulteriormente nell'errore di richiedere per i concorsi degli ospedali di terza categoria gli stessi requisiti esplicitamente prescritti solo per quelli delle altre due categorie.

MEDICINA SOCIALE

L'assistenza malattia ai dipendenti dell'industria estesa ai nuclei famigliari.

Il Ministero delle Corporazioni ha approvato l'accordo con il quale le due Confederazioni dell'Industria hanno provveduto, mediante contratti collettivi nazionali, all'estensione dell'assistenza, in caso di malattia, ai famigliari dei lavoratori dell'industria, nella forma mutualistica già sperimentata nel settore dell'agricoltura.

L'assistenza di malattia agli impiegati dell'industria è in atto dal 1936: oggi si estende ai componenti il nucleo famigliare, considerandosi tali — purchè conviventi a totale carico dell'iscritto — il coniuge, i figli legittimi, naturali ed adottivi fino all'età di 18 anni, i genitori, al di sopra dei 60 anni di età il padre e dei 55 la madre, i fratelli e le sorelle inferiori agli anni 18; e ciascuno dei suddetti, a prescindere dai limiti d'età, se invalido permanentemente al lavoro.

L'assistenza agli operai dell'industria, in atto da un anno, si estende, in virtù del nuovo accordo, ai nuclei famigliari degli iscritti, con le stesse modalità previste per l'assistenza alle famiglie degli impiegati, salvo il limite d'età, che è diminuito dai 18 ai 15 anni per i figli legittimi, naturali ed adottivi, nonchè per i fratelli e le sorelle non frequentanti scuole diurne.

L'assistenza comprenderà le cure medico-chirurgiche in ambulatorio e a domicilio, il ricovero in ospedale, le cure di parto e ogni altra necessaria a rimuovere ostacoli alla maternità. È inoltre prevista una lunga serie di provvidenze eugenetiche, quali l'invio dei bambini alle colonie marine e montane, le cure in stabilimenti idroterapici e in convalescenziari, la fornitura di apparecchi ortopedici.

Il contributo concordato è dell'1 % sull'ammontare degli stipendi e dell'1,50 % su quello dei salari; ma graverà sul bilancio dei lavoratori solo in misura del 0,50 % e del 0,75 % delle loro retribuzioni. La seconda metà del contributo sarà a carico dei rispettivi datori di lavoro.

L'assistenza di malattia per l'industria si avvia, pertanto, ad estendersi a 7.500.000 persone, di cui 3.000.000 lavoratori e 4.500.000 famigliari

La gestione avrà carattere nazionale.

Le prestazioni saranno concesse a partire dal 1° marzo 1940-XVIII .

CONCORSI.

Posti vacanti.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Aiuto specialista in radiol. e ter. fisica; proroga 31 marzo.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Con decreto ministeriale 31 ottobre 1939, pubblicato sulla « Gazzetta Ufficiale » n. 284 del 7 dicembre 1939, è stato indetto nei ruoli del servizio permanente effettivo del R. Esercito, un concorso per titoli ed esami, a 81 posti di tenente medico. Le domande dei concorrenti, corredate da tutti i documenti prescritti, dovranno esser presentate non oltre il 5 febbraio.

ROMA. *Governatorato.* — Concorso per 27 posti di medico condotto nell'Agro romano e Suburbio. Scadenza ore dodici del 31 marzo.

Concorsi Ospedalieri.

Le scadenze di tutti i concorsi ospedalieri sono prorogate al 31 marzo.

Concorsi a premi.

Fondazione Vittorio Emanuele II

In onore della memoria del Re Galantuomo, la Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde, istituiva nel 1879 una speciale Opera Pia sotto il nome di « Fondazione Vittorio Emanuele II ».

La rendita di tale Fondazione viene in parte destinata per borse di studio dirette a favorire l'istruzione di giovani i quali, compiuti gli studi presso una Università del Regno, siano creduti degni di essere applicati ad uno speciale tirocinio di perfezionamento, anche nel senso di studi da compiersi all'estero.

Detti giovani devono essere di famiglie appartenenti alle Provincie di Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Mantova, Milano Novara, Pavia, Rovigo, Sondrio, Treviso, Varese, Verona e Vicenza e, tanto essi, quanto le loro famiglie, devono trovarsi — a giudizio insindacabile della Commissione Centrale di Beneficenza — in condizioni economiche disagiate.

In relazione a ciò la Commissione Centrale di Beneficenza dichiara ora aperto il concorso ad un assegno di L. 4.000 (quattromila), in valuta legale, fra i laureati in Medicina e Chirurgia. La domanda di ammissione al concorso dovrà pervenire all'Amministrazione della Cassa di Risparmio in Milano, Via Monte di Pietà n.8, non più tardi del 31 marzo 1940 XVIII, accompagnata dai titoli di studio conseguiti, da una o più copie a stampa o manoscritte di lavori o pubblicazioni in materia. Per le altre condizioni chiedere avviso di concorso.

La Cassa di Risparmio si riserva di integrare eventualmente l'assegno suindicato, con somma da prelevare dai suoi fondi di beneficenza, dopo che il vincitore del concorso avrà determinato, con l'approvazione della Cassa, l'Istituto superiore presso il quale effettuerà il voluto perfezionamento.

Premio Brachet.

Questo premio è conferito ogni triennio al lavoro giudicato migliore nel campo dell'embriologia, preferibilmente dell'embriologia « causale », pubblicato durante il periodo, in francese, inglese, italiano, olandese o tedesco. Il periodo triennale in corso va dall'1 gennaio 1938 al 31 dicembre 1940. Il premio importa 12.000 franchi belgi. Per informazioni rivolgersi a: Secrétaire Perpétuel de l'Académie Royale des Sciences, des Lettres et des Beaux-Arts de Belgique, Palais des Académies, Bruxelles.

Concorso « Milizia Sanitaria » - Lepetit

« Milizia Sanitaria » con la collaborazione della Ditta Lepetit bandisce un concorso con L. 8000 di premi in danaro (1° premio L. 2500; 2° premio L. 1000 e nove premi da L. 500), riservato ai medici condotti (titolati od interini) per le migliori osservazioni cliniche sulla cura delle infezioni pneumococciche, meningococciche con il « Piridene » (derivato pirodinico della sulfamide). Il preparato viene messo a disposizione dalla ditta Lepetit per quei medici che intendano partecipare al concorso. Più che la compilazione a carattere monografico, si richiede una diligente raccolta casosservazioni accurate sull'andamento della cura, sistica, costituita da storie cliniche corredate di sulle dosi tollerate, sugli esiti finali. Più che del curatezza e della precisione dell'osservazione. L'innumero dei casi, si dà il massimo conto dell'acvio del manoscritto (possibilmente dattiloscritto), contenente le osservazioni cliniche, deve essere fatto entro il 31 maggio 1940.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

In esito a concorso per la cattedra di fisiologia a Bari, sono risultati: 1° Luigi De Caro, 2° Giulio Stella, 3° Michele Mitolo; per la Scuola ostetrica di Catanzaro sono risultati: 1° Berardo Mario Cetroni, 2° Luigi Manzi, 3° Antonio Tommaselli.

Sono stati nominati i proff.: Pietro Caliceti, di clinica oto-rino-laring. a Bologna; Arnaldo Malan, di clinica otorinolaringologica a Torino; Giuseppe Vidau, di clinica otorinolaringologica a Roma; Francesco Vozza, di clinica ostetrico-ginecologica a Cagliari; Giuseppe Favaloro, di clinica oculistica a Catania; Guido Bossa, di patologia medica a Messina; Pietro Valdoni, di patologia chirurgica a Modena; Filippo Caramazza, di clinica oculistica a Perugia; Giuseppe Pellegrini, di patologia medica a Sassari; Giuseppe Scolari, di clinica dermosifilografica a Sassari; Giulio Cesare Dogliotti a Cagliari, Adolfo Redi, di patologia chirurgica, a Cagliari; Angelo Mario Agrifoglio, di patologia chirurgica a Sassari.

Sono stati nominati emeriti i proff. Ferdinando Livini a Milano, Raffaello Silvestrini a Perugia, Ferruccio Schupfer a Firenze, Giacinto Viola a Bologna.

Il prof. Emil Abderhalden è nominato membro d'onore della Società Medica di Vienna.

Il prof. Domenico Marotta, direttore dell'Istituto di Sanità Pubblica, è nominato cavaliere di gran croce dell'Ordine della Corona d'Italia.

La Facoltà medica di Firenze ha assegnato il premio biennale « Guido Banti » al prof. Edoardo Storti, della R. Università di Pavia, per i suoi lavori sulle leucemie.

Il premio Anna Suller, per studi sul cancro, è stato assegnato, nel 1939, per la prima volta, ai medici dell'« Ospedale del cancro » di Londra, per l'insieme dei loro lavori di oncologia.

Al 1° Concorso ai Premi « Ferdinando Micheli » istituito dall'E.N.P.I. (Ente Nazionale di Propaganda per la Prevenzione degli Infortuni) per l'incremento degli studi sulla medicina del lavoro, hanno partecipato nove concorrenti con lavori originali.

La Commissione giudicatrice composta dai proff. C. Gamna, G. Sabatini, G. Quarelli, L. Preti, N. Castellino, P. Di Donna ha così espresso il suo giudizio:

1° Premio (L. 2000) al lavoro « Anatomia patologica e patogenesi dell'asbestosi polmonare »

del prof. Giacomo Mottura ed E. Fagiano dell'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Torino;

2° Premio (L. 1000) al lavoro « Intossicazione professionale da acido difenilarsenico » del dott. Cornelio Bellesini. Clinica del Lavoro, R. Università di Milano;

3° Premio speciale (L. 750) al lavoro « Se la malattia del Dupuytren possa essere considerata quale malattia professionale » del dott. Manlio Ferrarini, Istituto di Anatomia Patologica, R. Università di Torino;

Gli altri tre premi di L. 500 ciascuno sono stati assegnati a pari merito ai lavori:

« Contributo alla malattia dei cassoni » del dott. Gregorio Lamanna, ispettore al Ministero delle Corporazioni;

« L'azione rachitogena del carbonato di berillio » del dott. Lino Businco, Istituto di Patologia Generale della R. Università di Roma;

« Significato biologico del cobalto alla luce delle più recenti acquisizioni » del prof. Fausto Penati, Clinica Medica Generale della R. Università di Torino.

Visto il successo del primo Concorso, la Presidenza dell'E.N.P.I. ha ritenuto opportuno bandirne un secondo per il 1940. Il bando di questo Concorso comparirà prossimamente sul periodico « Rassegna di Medicina Industriale » di Torino (Via M. Gioda 2).

NOTIZIE DIVERSE

All'Accademia delle Scienze di Ferrara.

Alla presenza di tutte le Autorità cittadine in una solenne seduta, nel Palazzo dell'Università, il « Nummus Aureus », antica decorazione dell'Accademia delle Scienze di Ferrara, fu conferito a sei nuovi illustri Soci Onorari: il sen. prof. Raffaele Bastianelli, S. E. il sen. prof. Emilio Bodrero, il prof. Francesco Delitala, il sen. prof. Davide Giordano, il sen. prof. Alberto Pepere e il prof. Vittorio Putti.

La famiglia medica vi era dunque largamente rappresentata.

Dopo che il Rettore Magnifico con brevi ma elette e nobili parole ebbe porto il suo saluto agli ospiti insigni, il presidente dell'Accademia prof. Boschi, delineata con pochi tocchi la fulgida storia dell'Accademia, tratteggiò il profilo di ciascuno dei nuovi Soci Onorari, ringraziandoli della loro presenza alla cerimonia.

Il prof. dott. Nello Quilici, vice-presidente dell'Accademia, pronunziò quindi una smagliante e dotta orazione sulle « Prospettive storiche della guerra ».

Onoranze al prof. Adriano Valenti.

Per iniziativa di allievi, amici ed estimatori del prof. Adriano Valenti si è stabilito di onorare il suo 25° anno di insegnamento ufficiale con la istituzione di un Premio o di una Borsa di studio da destinarsi a laureandi o a giovani laureati in farmacia per studi di perfezionamento, fondazione che avrà anche un alto valore morale, poichè le Facoltà di Farmacia, al contrario di quelle di Medicina, non posseggono premi per i loro migliori allievi.

Nel desiderio che l'adesione rivesta carattere quasi plebiscitario, è stato fissato che la quota non superi le lire 20 a persona; però sarà accolta, con uguale sentimento di gratitudine, qualunque offerta tanto più in quanto il frutto del capitale sottoscritto sarà goduto dai più meritevoli della categoria.

L'invio dell'adesione e delle quote va fatto al prof. Enrico Adami, R. Istituto Farmacologico, via Andrea del Sarto 21, Milano.

Nella stampa sanitaria.

È uscito il primo numero di un periodico che mancava nella letteratura medica italiana e mondiale, e che sarà utilissimo a quanti, dalle alte gerarchie del Regime alle modeste ed indispensabili assistenti sanitarie ed infermiere, si occupano della preparazione fisiologica e psicologica della futura madre, problema su cui possiamo dire che poggia, come sul pilastro fondamentale, tutta la lotta per l'incremento del numero ed il miglioramento della qualità dei nuovi nati.

La « Preparazione Materna » è la nuova rivista che, diretta dal sen. Pende, Presidente del Comitato di consulenza di Salsomaggiore, con la collaborazione dei proff. Gasbarrini, Alfieri, De Blasi, Antognetti, Berutti, si pubblica d'ora innanzi come rivista scientifica di Salsomaggiore. E ciò perchè, come è noto, Salsomaggiore con le sue acque è la gemma termale d'Italia più utile alle cure della donna che vuole diventare madre sana e feconda.

La rivista abbraccia tutti i campi della ginecologia medica, tutti i rami delle scienze (Crescenza, Ormonologia, Sessuologia, Malattie femminili) che interessano la formazione della madre, la cura della donna gestante, la prevenzione della piaga della sterilità e l'aumento della fecondità.

Tutte le madri e tutti i cultori della medicina sociale, della politica biologica del regime non possono che accogliere con plauso questa iniziativa nuova nella medicina italiana, che oggi più che mai è guidata dall'indirizzo costituzionalistico e preventivistico.

« Radioterapia e Fisica Medica » sostituisce e continua i due periodici « Archivio di Radioterapia e Biofisica » e « Rassegna di Radiologia pratica » diretti dal prof. G. G. Palmieri; è organo dell'Associazione Italiana di Radioterapia. Il periodico è pubblicato a Belluno (Edizioni C. E.-L. A. S.); l'abbonamento importa L. 100 annue.

I « Fundamenta radiologica » sono pubblicati da un Comitato internazionale di cui fanno parte per l'Italia i proff. G. G. Palmieri (Bologna) e M. Ponzio (Torino); sono editi a Berlino, dalla casa De Gruyter.

« Marginalia otolaryngologia » costituisce un supplemento alla « Rivista di Clinica Medica » di Firenze, pubblicato a cura del prof. C. A. Torrigiani.

Ai nuovi periodici i nostri auguri.

Azioni giudiziarie.

La signora Teresa Cerati vedova Bozzi convenne dinanzi al Tribunale di Roma il Policlinico Morgagni ed i medici Francesco Lombardi ed Alfredo D'Avack, chiedendo la condanna dei medesimi

al risarcimento dei danni, derivati ad essa dalla morte del marito capitano Stefano Bozzi, morto il 25 marzo 1937 nel detto Istituto in seguito ad operazione chirurgica per appendicite acuta.

Il Tribunale, con sentenza in data 2 marzo 1938 respinse la domanda della Cerati condannandola alle spese.

La Cerati appellò avverso questa decisione ma la I Sezione della Corte d'appello l'ha confermata. Nei « considerando » della voluminosa sentenza si legge, fra l'altro, quanto segue: « È risaputo come il campo delle professioni liberali, e segnatamente quella medica, sia cosparsa di difficoltà e di insidie di ogni specie variabili da soggetto a soggetto, da ambienti ad ambiente, da caso a caso. Non è la medicina una delle cosiddette scienze esatte, in cui, dato un punto di partenza e seguendo un determinato processo, si perviene necessariamente al risultato desiderato. La medicina, invece, per quanto cammino ascensionale abbia fatto dai suoi primi albori ad oggi, presenta ancora un vasto campo di incognite e di sorprese contro le quali è impegnata la lotta diuturna dell'indagine. L'evento dannoso si verifica solo per una di quelle imprudenze e imperizie gravi e grossolane che sono veramente imperdonabili in un uomo fornito di cognizioni tecniche speciali. Ed esse non si verificarono nel caso del capitano Bozzi ».

Si è discusso alla Corte d'Assise di Firenze il processo contro il sarto Rodolfo Signorini di Luigi, di anni 30, imputato di avere causato la morte del dott. Gennaro Bertini, di anni 40, medico condotto di Montagnana (Pistoia). Il luttuoso episodio avvenne la mattina del 26 febbraio 1939, durante un diverbio accesosi fra i due; il Bertini, che alloggiava presso il Signorini, era sospettato di avere una relazione intima con la moglie del medesimo e ruzzolando per le scale riportò una lesione alla testa in seguito alla quale dovette soccombere. Il Signorini era accusato di averne causato la morte. Il Procuratore generale sostenendo la responsabilità dell'imputato, ne chiedeva la condanna a 21 anni di reclusione, ma la Corte ha assolto il Signorini per insufficienza di prove.

Nella Pretura urbana di Torino si è svolto un processo contro professionisti ebrei denunciati per non aver segnalato entro il termine prescritto ai rispettivi Sindacati la loro appartenenza alla razza ebraica. Tra gli imputati erano 5 medici e un farmacista.

Il pretore ha dichiarato, nei confronti di uno di essi, De Benedetti, estinto il reato per resa dichiarazione di non appartenenza alla razza ebraica; gli altri ha condannato a pene varianti fra gli 8 e 10 giorni e ammende da 400 a 500 lire, tutti con i benefici di legge.

La Corte d'Assise di Milano ha giudicato le due infermiere Angelina Bossi e Elisa Magagnotti, imputate di manovre abortive sulla domestica Giuseppina Rech, seguite da morte, avvenuta nell'Ospedale Maggiore. È stata pronunziata sentenza d'assoluzione, in quanto i fatti addebitati non costituiscono reato.

Al Tribunale penale di Bruxelles si è svolto un processo contro il chirurgo ginecologo Marcello Augusto Slabbaert e contro 43 donne, sotto l'accusa di pratiche abortive. Il chirurgo, il quale da circa un anno era stato tratto in arresto, si è difeso sostenendo la legittimità dei suoi interventi. Le donne sono state condannate a 6 mesi d'arresto ciascuna, col beneficio della condizionale; il chirurgo a due anni di carcere per 43 volte, quanti furono gli atti operatori accertati dall'istruttoria, cioè complessivamente a 86 anni, ridotti dal Tribunale a 20 per il cumulo delle pene.

La sterilizzazione in Germania.

Nel Reich la pratica della sterilizzazione è stata sospesa fino a nuovo ordine.

L'Ufficio di Sanità Pubblica potrà, dopo scrupoloso esame, dare parere favorevole o no, a quelle domande di sterilizzazione la cui effettuazione può essere necessaria ad evitare una dannosa riproduzione. L'Ufficio è anche incaricato di riunire tutti i dati appartenti alle malattie ereditarie.

Le procedure per la sterilizzazione già in corso e quelle non ancora definite giuridicamente sono tutte aggiornate. L'Ufficio di Sanità non autorizzerà la sterilizzazione se non nei casi della più assoluta necessità e urgenza.

Notizie sanitarie di guerra.

In Francia il Servizio di Sanità dell'Armata e il Servizio Dipartimentale d'Igiene hanno organizzato, a Digione, un ospedale sotterraneo, entro cave capaci di resistere a ogni bombardamento. La formazione potrà ricevere 250 feriti e gassati; sarà chiamata a rendere grandi servizi nell'eventualità di bombardamenti sul fronte. Vi sono stati impiantati l'illuminazione elettrica, il riscaldamento elettrico e il telefono. Non costituirà che un ospedale di passaggio.

Un'ambulanza danese da 100 letti, perfettamente equipaggiata e attrezzata, con sale operatorie, radiografia ecc., si è portata sul fronte settentrionale finno-russo, nelle vicinanze di Petsamo. Vi sono addetti 12 medici chirurgi, tra cui i noti chirurgi K. Lahmann e Krems di Copenaghen e Chivitz di Ole e 16 infermiere diplomate, dirette dalla dott.ssa Kyster, finlandese di nascita, ma sposata al dott. Kister di Veestved, in Danimarca. La scelta del fronte settentrionale è stata determinata dalla considerazione che i danesi già sono acclimatati al freddo; si lascia ad altre nazioni il compito di soccorrere i feriti del sud della Finlandia.

Una nuova ambulanza svedese di 100 letti, recatasi in Finlandia, è diretta dal prof. Key di Stoccolma, chirurgo di fama internazionale.

Un'ambulanza norvegese, capace di un centinaio di letti, si è recata in Finlandia; è composta di due autobus e di cinque altre vetture, il tutto reso idoneo ai nuovi compiti.

Molti medici belgi non legati a obblighi militari, hanno offerto i loro servizi, per rispondere alla radio svedese, che chiedeva medici ed infermiere in soccorso dei feriti e rifugiati negli ospedali e nei centri d'evacuazione della Finlandia.

L'aviazione russa il 12 gennaio ha distrutto, in Finlandia, un sanatorio, uccidendo alcuni bambini.

A Rjtlla (Finlandia) due aerei russi lasciarono cadere, il 16 gennaio sull'ospedale principale alcune bombe, una delle quali andò a colpire la camera mortuaria, distruggendola.

In una comunicazione alla radio il Principe Carlo, fratello del Re di Svezia, ha informato che la Croce Rossa svedese ha messo a disposizione della Finlandia 1.250.000 corone svedesi.

A Salmi (Finlandia) le artigliere russe hanno fatto uso di proiettili al cloro; sono stati accertati 11 casi di avvelenamento nelle truppe finlandesi.

I giornali dànno notizia che un'epidemia di vaiolo è scoppiata fra le truppe russe. Per precauzione le autorità sanitarie finlandesi hanno fatto vaccinare o rivaccinare tutti i militari e quanti vivono nelle zone di frontiera.

Una notizia proveniente dall'esercito giapponese combattente in Cina, afferma che 8 aeroplani militari cinesi hanno gettato su Xeifeng e sulla regione dell'Honau dei liquidi nei quali i batteriologi hanno accertato dei germi patogeni. (È noto che i competenti giudicano inefficace la guerra batteriologica; in tal senso si è espresso, in Italia, il prof. V. Puntoni).

Un po' dovunque.

Il Rettorato della Provincia di Roma ha deliberato che il nuovo ospedale oftalmico, in piazza degli Eroi, costruito dalla Provincia e quasi ultimato, porti il nome dell'eroe di Cortellazzo, Costanzo Ciano.

Si è riunito in adunanza plenaria, presso il Ministero dell'Educazione Nazionale e sotto la presidenza del Ministro Bottai, il Consiglio Nazionale dell'Educazione delle Scienze e delle Arti.

Si è svolto a Cosenza un Convegno universitario nazionale sui problemi dello Stato corporativo, organizzato dal G.U.F. « Michele Bianchi » di quella città.

Si è tenuta a Roma la prima assemblea dell'« Associazione degli amici del Belgio », allo scopo di attivare scambi intellettuali, viaggi medici ecc., per meglio conoscersi e reciprocamente apprezzarsi. Tra i membri del Comitato centrale è il prof. Cesare Serono.

A Sidney (Australia) si è creato un servizio di traduzioni, per facilitare la conoscenza della letteratura scientifica straniera. È denominato « Servizio ausiliario della ricerca scientifica ».

L'unica Facoltà medica della Bulgaria fu inaugurata nel 1918; nel 1924, quando essa cominciò a rilasciare le prime lauree, la Bulgaria contava un medico ogni 5090 abitanti; ora la proporzione è salita ad un medico ogni 2200 abitanti; si annoverano 2900 medici. È stato limitato il numero delle iscrizioni al primo anno. I 1100 dentisti sono quasi tutti forniti di diploma straniero, per lo più tedesco. Delle 900 levatrici diplomate, 382 sono impiegate governative e risiedono nei distretti rurali; per ottenere il diploma esse seguono un corso di 3 anni nell'Ospedale della Croce Rossa di Sofia.

Si è inaugurata ad Amburgo la « Clinica tedesca nord-occidentale per le lesioni mascellari »; avrà scopi curativi e di studio; dispone di 80-100 letti; comprende una sezione per bambini.

In Danimarca il Ministro della Guerra ha lanciato un appello per donatori di sangue; si sono avute 30.000 offerte (ne erano previste 10.000).

Il « Centro di raccolta per la trasfusione del sangue in guerra » costituito a Roma procede alacremente alla raccolta di adesioni, che vanno indirizzate alla Direzione provinciale dell'A.V.S.S., Policlinico Umberto I. (Presidente del Comitato è il prof. Giulio Galli; direttore provinciale è il dott. Franco Recchia).

A Buenos Aires sono stati stanziati 12 milioni di pesos per costruire una nuova Facoltà medica.

Su iniziativa del Governo egiziano, il Governo francese ha riunito una Conferenza avente lo scopo di modificare le disposizioni della Convenzione internazionale relativa al Consiglio sanitario marittimo e quarantenario d'Egitto.

S. M. il Re Imperatore ha ricevuto in udienza privata il prof. Guido Guida, direttore del « Centro Radio-Medico Internazionale », che Gli ha presentato in omaggio alcune pubblicazioni sui servizi e sulle attività della benefica istituzione sorta in Italia a favore della gente di mare in navigazione. L'Augusto Sovrano si è interessato dell'organizzazione assistenziale e del programma di sviluppo compiacendosi vivamente con il prof. Guida.

Il Governo Nazionale della Spagna ha affidato al Rettore dell'Università di Madrid il compito di studiare la ricostruzione della gloriosa Città Universitaria. Non tutti gli edifici saranno, però, ripristinati e ad esempio l'ospedale dell'Università verrà conservato nel suo stato attuale a ricordo dell'eroismo dei combattenti.

Nel 1940 le Università Italiane perderanno i seguenti insegnanti, per limite d'età: Alessandro Baldoni, di farmacologia a Bari; Angelo Chiavaro, di clinica odontoiatrica a Genova; Alessandro Bertino, di clinica ostetrico-ginecologica a Padova; Ernesto Lugaro, di clinica delle malattie nervose e mentali a Torino; Carlo Comba, di clinica pediatrica a Firenze.

Il Duce ha ricevuto il prof. Nicolò Castellino, che gli ha presentato i risultati delle sue ricerche sull'autarchia della chimica industriale. Il Duce ha gradito l'omaggio.

Sul motoveliero « Eugenio » a Porto Marghera, si è prodotta un'intossicazione collettiva da esalazioni provenienti dal carico minerale; dei 6 marinai 3 sono morti nel sonno; gli altri, ricoverati nell'ospedale di Mestre, sono stati salvati.

Nell'Ospedale psichiatrico di Mantano (Illinois, Stati Uniti) si è prodotta un'epidemia di febbre tifoide, che ha determinato 35 morti.

La missione per la nosografia nelle terre dell'Impero, composta del prof. Jacono presidente, del prof. Giaquinto e del dott. Bucco, ha espletato i suoi lavori, durati tre mesi.

Il prof. Raffaele ha compiuto in A.O.I. una ispezione dei Centri malariologici dipendenti dall'Istituto di malariologia « Ettore Marchiafava ».

Una statistica degli infortuni letali nello stato di Iowa (Stati Uniti d'America) per il 1939, dimostra che le morti da infortuni domestici superano quelle da infortuni automoblistici. Le cifre rispettive sono state di 462 e 416. La maggior parte delle morti per infortuni domestici riguardarono persone anziane; furono determinate da cadute, per pavimenti lisci, per gelo sulle terrazze, dal letto, per le scale ecc.; vari bambini morirono per cadute da seggioloni alti.

Demmo notizia di un parto quadrigemino avvenuto a Cairo Montenotte e della morte della madre; sono anche morte due delle quattro gemelle. Si è chiamato a consulto il prof. Pacchioni di Genova.

A Falzo di Trevignacco (Treviso), tale Teresa Pizzobon in Bibbio, di 47 anni, ha avuto un settimo parto bigemino.

Il Ministero delle Poste degli Stati Uniti annunzia l'emissione di una nuova serie di francobolli, uno dei quali raffigurerà il magg. med. Walter Reed, il cui nome è legato alla trasmissione della febbre gialla per mezzo di stegómie; un altro raffigurerà il dott. Crawford V. Long, che fu il primo ad usare l'etere solforico, nel 1842, per l'anestesia negli interventi chirurgici.

Il Ministero dell'interno comunica che i termini per la presentazione delle domande per la partecipazione ai concorsi per la ricerca di sostanze atte a sostituire l'insulina per la preparazione del miglior estratto epatico a più alto principio antianemico, sono stati prorogati al 30 giugno 1940. Il premio assegnato al « Concorso insulina » è stato aumentato da L. 30.000 a L. 50.000.

Tre nuove « Case della madre e del fanciullo » sono state instaurate a Milano, nei quartieri di Bruzzano, Baggio e San Siro; sono capaci ciascuna di cento bambini. La città conta ora 12 Centri assistenziali completi, gestiti dall'O.N.M.I.

Il Prefetto di Milano ha visitato la Clinica per i mutilati del viso, diretta dal prof. Sanvenero Rosselli. Ha visitato anche gli stabilimenti chimico-farmaceutici della Società Carlo Erba.

Il Comitato nazionale di difesa contro la tubercolosi in Francia ha destinato 100.000 franchi dei suoi fondi all'acquisto d'indumenti invernali per i tubercolotici del dipartimento del Basso Reno evacuati nell'Alta-Vienne e nella Dordogna.

Un decreto del Ministero dell'Interno del Reich stabilisce che tutte le madri con bambini dell'età da 3 a 12 mesi debbano sottoporre questi bambini a visite periodiche trimestrali, d'ufficio, per accertamenti sul rachitismo. Se sono presenti sintomi della malattia, le madri ricevono un flacone di vigantol, con l'istruzione di usarne 5 gocce al giorno; ogni flacone dura 2 mesi, dopo i quali il bambino viene sottoposto a nuovo esame e, se necessario, si rinnova il rifornimento.

Il dott. Alfred Fröhlich, già professore di farmacologia dell'Università di Vienna e il cui nome è stato dato alla sindrome adiposo-genitale, è stato nominato farmacologo all'Istituto May per ricerca medica dell'Ospedale ebraico di Cincinnati (S.U.d'A.).

Si è costituita a New York una « Società per lo studio della sifilide »; ha precipuamente lo scopo di diffondere, tra i medici pratici, nozioni sulla sifilide, mediante riunioni a cui saranno invitati pratici e specialisti. La Società ha sede presso l'ufficio locale del Servizio di sanità pubblica; la segreteria è fornita dal Dipartimento d'igiene della città (Ufficio d'igiene sociale). Indirizzo: Acting Secretary, Society for the Study of Syphilis, Rom 329, 125 Worth Street, New York City.

Ad iniziativa del capo della professione medica del Reich, dott. Conti, si è costituita una Società per promuovere la vita in condizioni naturali e per attuare le cosiddette cure naturali. È diretta dal dott. E. G. Schenck.

A Berlino si è costituita una Lega regionale ospedaliera, che riunisce ospedali municipali, pubblici e militari e case di salute private; presidente ne è il dott. Sütterlin. Sede: Breite Str. 23-24, Berlin C 2.

Il Ministero dell'interno del Reich ha emanato un'ordinanza che rende denunziabili alcune malformazioni alla nascita: idiozia, mongolismo (specie se associato a sordita e cecità), microcefalia, idrocefalo grave e progressivo, malformazioni degli arti, del palato, della spina dorsale, del cranio e alcune paralisi.

Si è costruito in U.R.S.S. un cardioscopio elettrico di una grande sensibilità, che rafforza di 10.000 volte i rumori del cuore; mediante questo apparecchio si potrebbe distinguere infallantemente la morte apparente da quella reale. Il nuovo apparecchio pesa 10 kg.

Nell'Università di Califormia si è costruito un « cyclotrone », del peso di cento tonn., capace di produrre la radiazione artificiale sotto fortissimi potenziali elettrici; si spera di utilizzarlo per la terapia del cancro.

In Sassonia si è costituita un' « Opera per la lotta contro la tubercolosi », sotto la presidenza e la direzione tecnica del dott. Martin Fröhlich, primario medico del Sanatorio di Chemnitz-Borna.

In Inghilterra una « Commissione Medica Parlamentare » si riunisce regolarmente alla Camera dei Comuni, sotto la presidenza di sir F. Framentle, rappresentante dell'Associazione medica Britannica. Si occupa dei rapporti tra medici e servizi pubblici, della creazione di ospedali militari, del trattamento della popolazione civile, dell'evacuazione dei malati dai grandi centri nelle formazioni rurali.

Gli « Acta Pediatrica » di Uppsala hanno pubblicato il volume XXVI (1939) in onore del prof. Arvid Wallgram. Si tratta di una magnifica pubblicazione, di oltre 500 pagine, comprendente 50 lavori originali.

Si è spento a Palermo il prof. SEBASTIANO CANNATA, direttore di quella R. Clinica pediatrica, discepolo del prof. Jemma, valente studioso e insegnante.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Journ. Méd. Franç., lug. — Aborto criminoso.

Presse Méd., 30 ag. — R. LERICHE e W. GEISENDOF. Trombectomia precoce. — L. CORNIL e M. SCHLACHTER. Fattore elementare e genesi dei tumori mal.

Rass. Intern. di Cl. e Ter., 31 ag. — G. CAIZZONE e M. CARDLE. Curva azotemica da carica di peptone come prova di funzionalità epat.

Wien. Klin. Woch., 1 sett. — A. BUCHKA. Problemi pratici di chirurgia di guerra. — G. RICHL. Complesso sintomatico varicoso.

Quaderni dell'allergia, giu. — A. BUSACCA. Allergia oculare.

Pathologica, 15 ag. — D. MERLINI. Possibilità di ottenere leucemie mediante iniezioni di bile. — V. BELGRANO. Sarcoma renale.

Rif. Med., 26 ag. — G. LAMI. Anemia cosidetta acrestica.

Med. Welt., 2 sett. — O. BIELIN. Angina pectoris e colecistopatie. — H. BOEMINGHAUS. È possibile una profilassi ormonica dell'ipertrofia prost. ?

Acta Med. Scand., II-III. — G. THOMSEN e P. PLUM. Leucemie eosinofile. — E. MEULENGRACHT. Osteomalacia. — H. RASMUSSEN e R. EHINGSTAD. Alterazioni cardiovascolari nell'ipertens. essenz.

Med. Klin., 1 sett. — H. CURSCHMANN. Dispepsia nei tubercolotici. — RECKZECH. Intossicaz. tabagica cron. e aspettazione della vita.

Proc. Mayo Clinic, 9 ag. — H. R. BUTT e al. P. Ftiocol nelle ipotrombinemie con ittero. — B. R. KIRKLIN e E. E. SE-DORF. Colecistografia.

Practitioner, sett. Trattamento dei reumatismi.

Wien. Klin. Woch., 8 sett. — Pediatria.

Giorn. di Batt. e Immun., sett. — M. GUARNACCI. Vaccinaz. antitifico-paratifica per via orale e agglutinine. — A. M. BONANNO. Forme cliniche della lambliasi delle vie biliari.

Münch. Med. Woch., 8 sett. — P. PITZEN. Tbc. ossea e infortunio. — H. GOTTOBÜREN. Trattam. dell'osteomielite.

Rif. Med., 2 sett. — A. GAMBIGLIANI ZOCCOLI. Terapia medicamentosa dell'insufficienza di circolo.

Paris Méd., 2 sett. — Oftalmol., oto-rino-laringologia, stomatol.

Lancet, 2 sett. — J. W. ALDREN TURNER. Trauma e atrofia muscol. progr. — H. CULLUMBINE. Trattam. delle fratture sotto anestesia locale.

Min. Med., 1 sett. — A. NEGRO. Sindrome ipertimica di Pende. — F. SABATELLI. Sali di titanio e tbc. sperim.

Presse Méd., 2 sett. — P. LÉVI-VALENSI e al. Trattam. medico delle pleuriti purulente non tbc. — 6 sett. F. MEERESMAN. Il coefficiente di Maillard.

Arch. It. di Anat. e Ist. pat., lug. — L. AJELLO. Brucellosi. — V. PETTINARI. Pancreatiti cron.

Sem. Méd. Españ., 2 sett. — A. VALLEJO NAGUERE e E. M. MARTINEZ. Psichismo del fanatismo marxista. — A. DERRONSORO. Aneurismi da ferite di arma da fuoco.

Med. Welt, 9 sett. — A. WINDORFFER. Morti improvvise nell'infanzia. — M. KRABBEL. Problemi sull'appendicite.

Med. Klin., 8 sett. — H. SCHOLDERER e al. Uso e abuso dei purganti. — O. NORDMANN. Trattam. delle ferite.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 5 Febbraio 1940 - XVIII Num. 5

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 110	L. 166
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 196

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, ***senza tassa***, nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. **5**.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
E METODOLOGIA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA
diretto dal prof. GINO MELDOLESI.

Studi sulla miobilina.

II°) - Sulla possibilità di eccitare la fluorescenza spontanea da miobilina e di differenziare e separare direttamente, con metodi fisico-chimici, la miobilina e la stercobilina-urobilina negli estratti fecali.

Dott. PIETRO STEFANUTTI, aiuto e libero doc.

Nella nota precedente, in collaborazione con Ferrara e Ricciardolo, mi è riuscito di mettere in evidenza che nella maggior parte degli individui, sani o ammalati di forme varie, gli estratti cloroformici delle feci dimostrano, a luce normale, una fluorescenza giallo-verdastra dovuta alla presenza di miobilina.

Questo pigmento, la cui esistenza è stata identificata da Meldolesi come uno degli ultimi termini del ricambio della mioglobina, è stato da Meldolesi e Siedel identificato, dal punto di vista chimico, con la mesobilifuscina, pigmento che si può ottenere in vitro riducendo con amalgama di sodio la bilifuscina: si tratta cioè di un pigmento analogo a quello che è la mesobilirubina in rapporto alla bilirubina. A differenza però della urobilina e della stercobilina, la miobilina non dimostra alcuna banda di assorbimento nello spettro visibile nè dà alcuna delle reazioni ritenute finora classiche dei pigmenti biliari, mentre è riconoscibile solo per la caratteristica reazione di fluorescenza. Questa reazione di fluorescenza, che, secondo Meldolesi, è dovuta ad un legame pigmento-proteico, è però legata anche all'influenza di determinati fattori fisico-chimici di ambiente, fra i quali importantissimo è il grado della concentrazione idrogenionica.

La fluorescenza spontanea della miobilina può mancare, negli estratti fecali, solo in casi eccezionali e precisamente:

1) o per assenza vera e propria di fluorescenza spontanea alla luce bianca degli estratti

fecali: questo si osserva in alcuni individui, per lo più individui sani;

2) o per presenza in alcuni estratti fecali (per es. di qualche diabetico) di una fluorescenza rossastra, anzichè giallo-verdastra.

È da chiedersi, per ambo questi casi, se si tratti di assenza di eliminazione di miobilina attraverso le feci, oppure di presenza, in queste, di miobilina in condizioni particolari, non adatte a suscitare l'abituale reazione di fluorescenza spontanea.

Nella serie di ricerche di cui faccio oggetto la presente nota, mi sono proposto di vedere se, con qualche artificio, era possibile eccitare negli estratti cloroformici non fluorescenti la formazione della fluorescenza giallo-verdastra rivelatrice della presenza della miobilina: se cioè si dovesse ammettere la presenza di miobilina anche in assenza di fluorescenza spontanea, vale a dire in una fase non fluorescente.

Plaut, Bossert e Bulow, riuscirono a rendere fluorescenti soluzioni acquose di urobiline aggiungendo ad esse liquor cerebro-spinale sia normale che patologico. Io ho usato la stessa loro tecnica per gli estratti fecali.

Per i precedenti studi sulla miobilina fecale, le feci (vedi Stefanutti e collaboratori) venivano estratte con cloroformio e gli estratti esaminati fluoroscopicamente dopo diluizione seriale in alcool.

Per le ricerche col liquor ho dovuto eliminare l'alcool come pure il cloroformio la cui presenza provocava intorbidimenti. Perciò l'estratto cloroformico di una determinata quantità di feci (1 gr.) veniva messo in cilindro graduato da 10 cc. sotto campana pneumatica collegata con pompa ad olio, e sottoposto a vuoto molto spinto fino a completa evaporazione del solvente. Il residuo veniva ridisciolto in 2 cc. di soluzione clorosodica al 0,75 %. *La soluzione risultante, in genere, non mostrava alcuna fluorescenza alla luce bianca* (si usava per lo studio fluoroscopico lo stesso dispositivo ottico di cui è cenno nel lavoro di Stefanutti e collaboratori).

In una serie di provette si versavano allora 0,40 cc. di liquor fresco: 1 cc. della soluzione clorosodica di estratto fecale, di cui sopra, veniva versato nella prima provetta; dopo rimescolamento, 1 cc. della miscela veniva prelevato e versato nella seconda provetta, mescolato e così via di seguito per 10 provette. *Con questo metodo si è ottenuto sempre, con tutti gli estratti la comparsa di una fluorescenza giallo-verdastra anche in quelli che, prima del trattamento, se ne dimostravano privi.* Adottando, per la notazione di queste fluorescenze, gli stessi criteri tenuti presenti per la determinazione della miobilina (vedi lavoro precedente), si è potuto constatare che il massimo titolo letto con il metodo « estratto + liquor » era eguale al massimo titolo determinato con i metodi elencati nel lavoro citato. Inoltre, quando si usavano estratti che in semplice soluzione cloroformica o cloroformica-alcoolica non davano fluorescenza spontanea, o davano solo fluorescenza rossa, col metodo « estratto + liquor » si è pure sempre ottenuta una fluorescenza giallo-verdastra in misura cospicua, come nei casi di maggiore evidenza si suole ottenere.

Come già dissi avanti, Meldolesi ammette che la reazione di fluorescenza della miobilina sia dovuta ad un complesso costituito dalla copulazione del pigmento (mesobilifuscina) con una sostanza proteica; la deficiente presenza di questa in alcuni estratti dovrebbe essere la causa della mancanza di fluorescenza spontanea da parte della miobilina, come, d'altra parte, l'esterificazione del pigmento (che si può avere in mezzo acido e con potenziale di riduzione elevato) potrebbe costituire la ragione della presenza occasionale di fluorescenza rossa, invece che giallo-verdastra. Le proteine del liquor copulandosi in un pH ottimale, quale è quello del liquor (che si aggira intorno a 7,20) con il pigmento, dovrebbero essere la causa che viene a eccitare la fluorescenza giallo-verdastra negli estratti che prima ne erano privi.

Lusingato dalla assoluta costanza dei risultati ottenuti con questo metodo, ho cercato conferma all'ipotesi su esposta, mettendo a contatto con la soluzione salina dell'estratto fecale un altro liquido organico ricco di proteine, quale un liquido ascitico trasudativo.

Con questo metodo ho ottenuto la stessa eccitazione di fluorescenza che avevo ottenuto con il liquido cerebro-spinale. Va notato che nè il liquor nè il liquido ascitico usati di volta in volta non dimostravano, da soli, in precedenza, alcuna fluorescenza giallo-verdastra spontanea alla luce bianca.

I presupposti teorici di partenza; il concordare dei titoli di fluorescenza tra i metodi ora descritti e le più favorevoli titolazioni ottenute con le metodiche usate precedentemente nelle esperienze fatte con Ferrara e Ricciardolo; l'identità del tipo di fluorescenza giallo-verdastra ottenuta: mi davano buon incentivo ad ammettere che la sostanza che dava la

fluorescenza con il liquor e con il liquido ascitico trasudativo fosse veramente e sola la *miobilina*.

Non andava però dimenticato nè trascurato il fatto che Plaut e collaboratori avevano ottenuto una eccitazione di fluorescenza anche con soluzioni di urobilina ad essi fornita da H. Fischer (vedi loco citato). Dà dunque anche l'urobilina, unita al liquor, una fluorescenza giallo-verdastra? È urobilina o stercobilina la sostanza che nelle mie esperienze dà fluorescenza con liquor e liquido ascitico? Oppure l'urobilina fornita da Fischer a Plaut e collaboratori (non sintetica ma estratta da feci od urine) conteneva tracce di miobilina, allora sconosciuta (1935)? Una serie di quesiti ai quali ho creduto di dare risposta con le ricerche che ora verrò esponendo.

1) *Ricerche spettroscopiche.* — Come è noto, sia l'urobilina che la stercobilina danno, con sali di zinco in soluzione alcalina una bella fluorescenza verde. Tale fluorescenza verde è però nettamente differente dalla fluorescenza giallo-verdastra della miobilina e così pure da quella, anche essa giallo-verdastra, che si osserva nelle soluzioni « estratto fecale + liquor » ed « estratto fecale + liquido ascitico ». Le soluzioni all'esame spettroscopico presentano la caratteristica banda di assorbimento nel visibile.

Orbene questa banda di assorbimento manca all'esame spettroscopico delle soluzioni fluorescenti sia di miobilina, sia della mescolanza « estratto fecale + liquor » ed « estratto fecale + liquido ascitico ».

2) *Ricerche di fluorescenza incrociata.* — In alcuni casi, quando il complesso « estratto + liquor » presentava fluorescenza giallo-verdastra fino ad una determinata diluizione X, se a questa serie si aggiungeva il reattivo allo zinco, la nuova fluorescenza verde che così si otteneva, pur essendo più brillante veniva ad arrestarsi ad una diluizione più bassa. Cioè l'aggiunta di sali di zinco faceva scomparire la fluorescenza spontanea giallo-verdastra e ne suscitava un'altra verde, più brillante ma a titolo minore.

3) *Esperienze di trattamento con deproteinanti.* — La miobilina si trova nelle feci fisico-chimicamente legata ad una sostanza proteica: se si precipitano tutte le proteine fecali con deproteinizzanti, il complesso pigmento-proteico dovrebbe essere trattenuto nel precipitato e nè il filtrato nè i suoi estratti dovrebbero mostrare alcuna fluorescenza spontanea. Ho perciò sottoposto le emulsioni fecali a deproteinizzazione, unendo 10 cc. di emulsione (pari ad 1 gr. di feci) con 20 cc. di Wolframato sodico al 10 %, e 20 cc. di acido solforico n. 2/3 oppure a 20 cc. di acido tricloroacetico al 20 %. Ottenevo un filtrato limpido che veniva estratto con cloroformio; l'estratto cloroformico lo diluivo serialmente in alcool: non ho mai constatato in questa serie di diluizioni una fluorescenza spontanea: invece, se aggiungevo alle stesse diluizioni il reattivo di Nencky, comparivano la fluorescenza verde caratteristica e la stria di assorbimento della urobilina.

È manifesto dunque che la deproteinizzazione, con i metodi suddetti, mentre non intacca menomamente il contenuto dei filtrati in stercobilina ed urobilina (ho compiuto controlli quantitativi che mi hanno permesso di constatare lo stesso titolo di stercobilina negli estratti delle feci deproteinate così come in quelli delle feci non deproteinate) precipita invece il fattore che diventa fluorescente con il liquor e con il liquido ascitico. La fluorescenza « estratto fecale + liquor » si deve perciò ritenere non già dovuta ad una copulazione della stercobilina o della urobilina con le proteine del liquor stesso, bensì all'unione di queste proteine con la miobilina presente negli estratti fecali.

4) *Esperienze di ultrafiltrazione.* — Per il suo accoppiamento con una proteina, la miobilina deve trovarsi nelle feci in molecole od aggregati molecolari piuttosto voluminosi, il che invece non è noto nè per la urobilina, nè per la stercobilina, i cui complessi molecolari sono molto più piccoli.

Sottoponendo perciò ad ultrafiltrazione una miscela delle due sostanze, quale appunto il miscuglio fecale diluito in acqua distillata, si sarebbe dovuto trovare un filtro i cui pori, mentre avrebbero lasciato passare la stercobilina, avrebbero trattenuto, in ragione della sua grandezza molecolare, il complesso pigmento-proteico della miobilina.

Mi sono servito di una serie di ultrafiltri fabbricati di volta in volta con collodio acetico Schering, versato sulla parete interna di piccoli crogiuoli di vetro Jena a fondo poroso tipo Büchner. La porosità degli ultrafiltri veniva controllata con il numero dei cc. di acqua distillata che, per una pressione negativa di 500 m/m di Hg, passavano in un minuto primo. Ho così adoperato ultrafiltri diversi: da 10 cc. al minuto, sino ad ultrafiltri da 0,05 cc. al minuto.

Le feci, accuratamente stemperate in un volume di acqua distillata 10 volte superiore, venivano prima filtrate attraverso filtro di a-

mianto ed il filtrato nuovamente passato per doppio filtro di carta (sempre con l'aiuto di pompa aspirante collegata al flacone a tenuta d'aria su cui era infisso l'imbuto porta-filtro). Del filtrato si facevano due porzioni rigorosamente uguali; la prima veniva estratta con cloroformio e vi si determinava col metodo fluoroscopico il tasso di stercobilina e miobilina; la seconda veniva posta nell'ultrafiltro e completamente ultrafiltrata. L'ultrafiltrato si estraeva con cloroformio; l'estratto cloroformico veniva, in parte direttamente titolato per la miobilina e per la stercobilina, in parte, essiccato a vuoto, ripreso con soluzione clorosodica e titolato con l'aggiunta di liquor.

Con ultrafiltri molto spessi si otteneva un ultrafiltrato il cui estratto cloroformico non presentava nè la fluorescenza giallo-verdastra spontanea nè quella verde per aggiunta di sali di zinco: l'eccitazione della fluorescenza mediante aggiunta di liquor era in essi negativa (ultrafiltri da 0,05 a 0,30 cc. di acqua al minuto).

Con ultrafiltri meno spessi, ed in proporzione di volta in volta variabile, veniva trattenuto sempre in grado maggiore il fattore di fluorescenza spontanea o con liquor (miobilina) che non quello fluorescente con sali di zinco (urobilina, stercobilina). Esempio di esperienza con ultrafiltro da 0,5 cc. di acqua al minuto; prima dell'ultrafiltrazione il contenuto in miobilina era pari ad U. T. 384 % gr. di feci e quello in stercobilina a 192 U. T. %; dopo filtrazione, nell'ultrafiltrato si aveva un contenuto di miobilina di 12 U. T. % e di stercobilina di 96 U. T. %.

In alcune esperienze sono infine riuscito ad avere nell'ultrafiltrato il solo fattore fluorescente con sali di zinco, è stata cioè completamente trattenuta la miobilina (complesso pigmento-proteico), avendosi così conferma sperimentale al presupposto teorico di Meldolesi da cui erano iniziate le ricerche ora esposte.

Nonpertanto desideravo avere una più completa riprova sperimentale, e questa non poteva venire se non dimostrando che il complesso pigmento-proteico era rimasto aderente all'ultrafiltro di collodio usato per l'ultrafiltrazione.

Ho ridisciolto perciò gli ultrafiltri in miscela alcool-eterea: ho evaporato nel vuoto l'etere: ho portato a volume, con alcool etilico a 95°, in maniera che ogni cc. della soluzione corrispondesse a 0,10 gr. delle feci presenti nella soluzione filtrata: quantitativamente, si rimaneva così nelle stesse proporzioni degli estratti cloroformici fatti sulle diluizioni di feci e su gli ultrafiltrati. Allora istituivo una delle solite diluizioni seriali per il dosaggio fluoroscopico. Per la stercobilina, la somma delle due frazioni, quella ultrafiltrata e quella trattenuta sull'ultrafiltro, corrispondeva perfettamente al valore individuato sia col metodo della fluorescenza che col metodo della paradimetilaminobenzaldeide per lo stesso materiale prima dell'ultrafiltrazione.

Per la Miobilina è invece emerso un fatto nuovo ed interessante: a volte si aveva lo stesso risultato che per la stercobilina, a volte invece la somma delle due frazioni dava un titolo molto superiore a quello determinato nello stesso materiale con il metodo « estratto + liquor » prima della ultrafiltrazione.

Un esempio:

Materiale non ultrafiltrato: stercobilina U. T. 2072 % gr. di feci, miobilina U. T. 384 % gr. di feci;

Ultrafiltrato + ultrafiltro: stercobilina U.T. 1960 % gr. di feci, miobilina U. T. 2880 U. T. % gr. di feci.

Soluzioni di collodio acetico in alcool etilico non danno alcuna fluorescenza giallo-verdastra alla luce bianca. Il fenomeno su descritto deve essere interpretato perciò come un'altra possibilità di eccitazione della fluorescenza giallo-verdastra da miobilina contenuta nei normali estratti fecali mediante una sostanza colloidale (collodio). Possibilità che, come ho detto, non ha rivelato un carattere costante, sebbene il fenomeno sia stato più volte da me osservato.

CONCLUSIONI.

1) È possibile « eccitare » la fluorescenza giallo-verdastra spontanea da miobilina di estratti fecali che o non la presentavano o presentavano in sua vece una fluorescenza rossastra, unendo, con opportuni accorgimenti, detti estratti a liquor cerebro-spinale oppure a liquido ascitico trasudativo (talvolta anche con collodio).

2) La fluorescenza giallo-verdastra, di cui sopra, si deve ascrivere ad una copulazione fisico-chimica di sostanze proteiche col pigmento descritto da Meldolesi (miobilina), termine ultimo di disgregazione del pigmento muscolare (mioglobina).

3) Le risultanze della spettroscopia delle fluorescenze dissociate (spontanee e da sali di zinco), delle esperienze con ultrafiltrazione e con trattamento mediante deproteinizzanti fanno rettificare l'opinione di Plaut e collaboratori che sia l'urobilina a dare fluorescenza con liquor. Questa fluorescenza deve ritenersi data da tracce di miobilina esistenti nel cam-

pione di urobilina (non di origine sintetica) usata dagli AA. per le loro esperienze. Dalle ricerche di Meldolesi e Siedel è noto come sia difficilissimo purificare completamente da tracce di miobilina campioni di urobilina provenienti da estrazioni dirette da feci: e viceversa per la miobilina.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato la possibilità di eccitare la fluorescenza giallo-verdastra spontanea, caratteristica della miobilina, in estratti fecali che ne erano privi. Ciò fu ottenuto aggiungendo, con determinate cautele, liquor cerebro-spinale o liquor ascitico trasudativo.

La fluorescenza così ottenuta si deve ascrivere alla formazione di un complesso pigmento proteico derivante dalla copulazione della proteina del liquor e del liquido ascitico con la miobilina.

BIBLIOGRAFIA.

Meldolesi. Atti Soc. Med. Catania, 7, 184, 1939.
Meldolesi e Siedel. Hoppe, Seylers Ztschr. f. physiol. Chemie, 259, 137, 1939.
Plaut, Boser e Bülow. Klin. Woch., 41, 1934.
Stefanutti, Ferrara e Ricciardolo, Policlinico, Sez. Med., 1940.

NOTE E CONTRIBUTI

Una manifestazione oculare precoce della febbre eruttiva od esantematica del Mediterraneo.

Dott. Fausto Garofalo
degli Ospedali Riuniti di Roma.

Per i dati clinici che potevano trarre in inganno all'inizio della malattia, ma soprattutto per la speciale localizzazione che, a quanto mi risulta, non è mai stata notata prima d'ora nella febbre eruttiva od esantematica del Mediterraneo, ho creduto opportuno di descrivere il caso seguente.

Si tratta del sig. Romolo B., di anni 50. Nessuna malattia degna di nota nel passato. Egli è da me visitato il 2 giugno e mi racconta che essendo sofferente per una deviazione del setto nasale è in cura presso uno specialista che gli ha praticato delle elettrocausticazioni dei turbinati. A distanza di due giorni dall'ultima applicazione a sinistra, e precisamente il 1° giugno, egli ha notato un arrossamento della mètà interna dell'occhio sinistro accompagnato quasi contemporaneamente da un aumento di volume della ghiandola preauricolare dello stesso lato. Riscontro infatti un arrossamento notevole della congiuntiva limitato al quadrante interno dell'occhio sinistro; tale iperemia della congiuntiva ha una forma irregolarmente triangolare con l'apice volto verso la cornea, di cui raggiunge il « limbus » e vi termina senza oltrepassarlo con una formazione nodulare leggermente rilevata, di colorito grigio-biancastro, della grandezza di una piccola lenticchia. Nulla di anormale a carico della cornea e della palpebra.

Confermo la presenza di una linfoghiandola preauricolare aumentata di volume, della grandezza di un piccola nocciola, dolente alla palpazione. Il paziente è senza febbre. All'esame obiettivo generale non risulta nulla a carico dei vari organi ed apparati. Nulla da notare sulla cute. La pressione sui seni mascellari non provoca dolore, nè vi sono alterazioni a carico del naso tali da far ritenere quale causa del disturbo le elettrocausticazioni recentemente subite. Tuttavia faccio visitare il malato al prof. Bombelli, primario otorinolaringoiatra degli Ospedali Riuniti di Roma, il quale esclude nel modo più assoluto qualunque complicazione a carico del naso e dei seni, come pure trova normali orecchio e gola. Egli mi dichiara che l'affezione oculare non ha nessuna relazione col naso.

Fig. 1. — Schema della localizzazione oculare.

Il giorno 4 giugno, improvvisamente, preceduta da brivido, compare febbre che nella giornata sale a 38°,8

Torno a visitare il paziente che nel frattempo aveva praticato impacchi caldo-umidi all'occhio, e non trovo nulla di nuovo all'esame obiettivo, tranne un certo peggioramento dell'affezione oculare, che pur mantenendosi nei limiti già descritti, è divenuta più congesta, mentre la formazione nodulare si è un poco ingrandita. La linfoghiandola è sempre tumefatta e dolente. Il polso è piuttosto bradicardico (84 - Temp. 39°). Il paziente accusa una forte cefalea e qualche dolore lungo la colonna vertebrale e gli arti. La temperatura sale il giorno 5 a 39°,6.

L'oculista prof. Leonardi, direttore dell'Ospedale Oftalmico Provinciale di Roma, fa diagnosi di congiuntivite a tipo flittenulare, riservandosi di precisare il suo parere a seconda del decorso della malattia, tenuto conto che non rientra nella normalità una congiuntivite flittenulare in un individuo di 50 anni e per di più accompagnata dalla tumefazione di un ganglio preauricolare.

Il giorno 6 la temperatura si mantiene sempre continua, lievemente remittente al mattino, mentre verso sera raggiunge i 39°,8.

L'esame obiettivo è sempre negativo. Persistono tutti i disturbi già detti, ma le condizioni generali sono un poco peggiorate. Il malato è abbattuto. La linfoghiandola preauricolare

è un poco diminuita di volume ed è meno dolente alla palpazione. L'occhio sinistro è sempre arrossato solo nella sua metà interna ed il nodulo si mantiene stazionario.

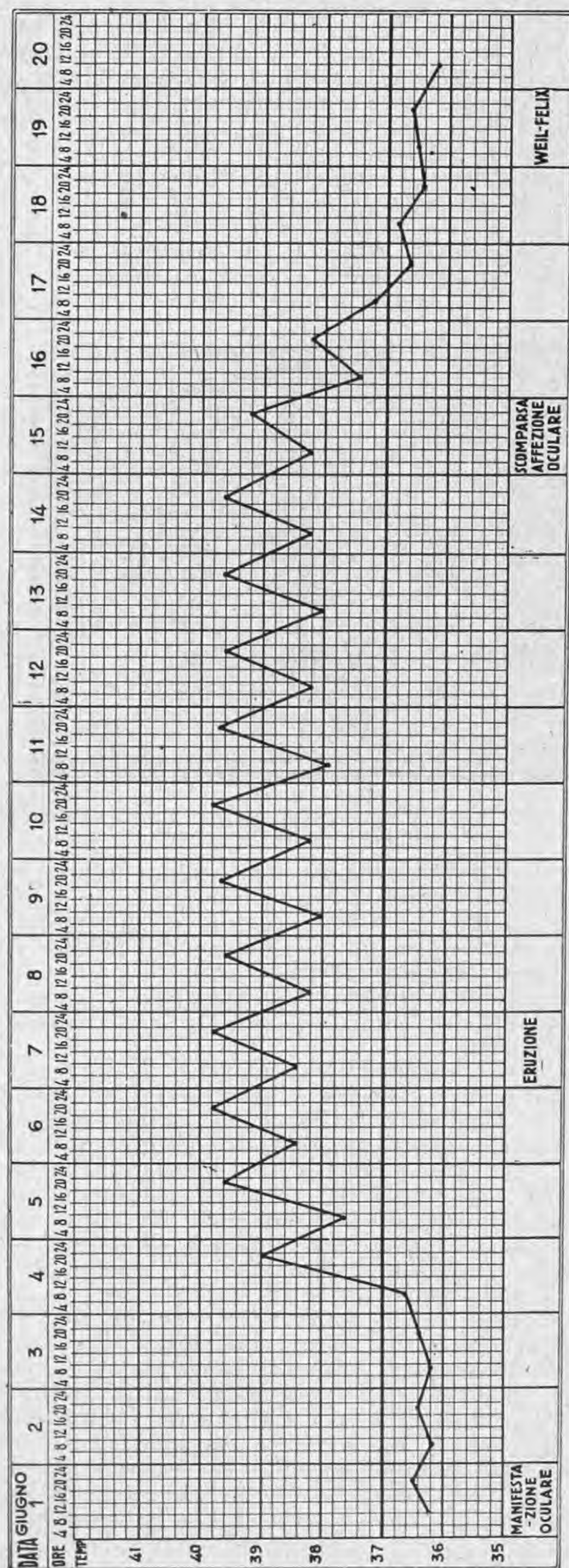



FIG. 2. — Grafico del decorso della malattia.

L'esame delle urine è negativo.

La pressione del sangue è piuttosto bassa: Mx. 110; Mn. 75.

Al mattino del giorno 7 il paziente mi avvisa che è comparsa sulla pelle una eruzione.

Lo visito di nuovo e trovo infatti un'eruzione diffusa a tutto il corpo costituita da piccole maculo-papule rotonde, lenticolari, a margini regolari, di colorito roseo, talune più intensamente colorate; non tutte scompaiono con la pressione.

Noto inoltre che l'eruzione va comparendo sulla palma delle mani e sulla pianta dei piedi.

Il paziente possiede un bel cane cui è molto affezionato, ma che risulta pieno di zecche.

La diagnosi si va delineando, tuttavia io desidero una autorevole conferma.

Il prof. Tommaso Pontano vede con me il malato la sera del giorno stesso e mi dichiara trattarsi senz'altro di un caso di febbre esantematica da puntura di zecca.

Pensando poi che il singolare reperto dell'occhio possa essere determinato dalla malattia, si decide per una nuova visita dell'oculista.

Il prof. Leonardi il giorno 8 conferma quanto si era sospettato e dichiara che è ora in grado di affermare che si tratta di « una vera e propria localizzazione oculare della malattia, consistente in una papula con congiuntivite reattiva e risentimento ghiandolare regionale ». Egli riscontra che la formazione nodulare, che per i suoi caratteri morfologici aveva definito del tutto simile ad una flittenula, si è un poco appianata con la formazione di un cercine lievemente rilevato tutto all'intorno. Il nodulo occupa sempre la congiuntiva senza interessare minimamente l'epitelio corneale. Il ganglio preauricolare è notevolmente regredito.

Curata con un collirio all'argirolo e con una pomata allo xeroformio l'affezione oculare è andata rapidamente regredendo. La papula nei giorni successivi si è ancor più allargata ed appianata fino a scomparire verso il dodicesimo giorno di malattia o meglio dopo 15 giorni dalla sua comparsa. Sono pure terminate la congiuntivite reattiva e la tumefazione del ganglio preauricolare.

Il decorso generale della malattia ha seguito il ritmo classico. La temperatura infatti al 12° giorno è cominciata a diminuire e per lisi rapida è cessata al 14° giorno.

L'eruzione verso la metà della malattia ha raggiunto il suo acme per poi decrescere negli ultimi giorni; negli arti inferiori è divenuta lievemente emorragica (petecchie).

Ho notato anche una localizzazione sulla mucosa del palato (enantema) rappresentata da una piccola macula rotondeggiante, di colorito rosso, lievemente rilevata, comparsa precocemente, prima dell'eruzione cutanea.

Per dare un'idea chiara del decorso e delle diverse manifestazioni in ordine cronologico serve il grafico annesso.

La reazione di Weil-Felix (sierodiagnosi col Proteo X_{19}) eseguita tardi (Pontano), in 16ª giornata dopo la caduta della temperatura, ha dato un'agglutinazione positiva 1:400 (eseguita nell'Istituto di analisi cliniche del prof. Gualdi).

Per quanto sopra ho esposto e per la caratteristica localizzazione oculare mai prima di ora notata, credo ben giustificata la descrizione del caso.

Infatti dalla letteratura sull'argomento non troviamo che lievi disturbi della vista od iperemie congiuntivali (Costanzi).

Un gruppo di AA. (Olmer, V. Audibert, Bat-

taglini, L. Marçon, Ponthieu) ha descritto dei casi con semplici congiuntiviti, che hanno preceduto di tre o quattro giorni la malattia. In un solo caso la congiuntivite si è accompagnata a tumefazione delle linfoghiandole dell'angolo mandibolare (Olmer).

A questo punto viene logicamente da domandarci: dato che non è stato possibile mettere in evidenza la cosidetta « tache noire » (escara di inoculazione), quanto ho riscontrato a carico dell'occhio dovrà considerarsi come un probabile punto di ingresso del virus o come una manifestazione precoce della malattia?

Le ultime ricerche e quanto di più recente si è scritto sull'argomento ci fanno considerare come normale, sebbene più rara, la trasmissione dell'infezione, oltre che per via cutanea, anche per via congiuntivale.

A conferma di questo ci sono numerosi casi tra cui alcuni significativi descritti dall'Olmer, ma soprattutto i risultati ottenuti dalle ricerche sperimentali di Blanc e Caminopetros.

Nel caso in esame però si tratta di una localizzazione speciale della congiuntiva, mai ancora descritta nè sperimentalmente ottenuta nelle ricerche citate. La congiuntivite è semplicemente reattiva e secondaria all'affezione principale (papula).

Inoltre altri fatti parlano a favore dell'ipotesi di una manifestazione precoce della malattia:

1) l'avere il paziente recisamente negato di essersi strofinato gli occhi con mani sporche per aver ucciso delle zecche (si tratta di persona di elevata condizione sociale e degna di fede);

2) l'impossibilità che la zecca non solo abbia potuto superare la barriera opposta dalla rima palpebrale, ma che abbia potuto pungere l'occhio del paziente durante il sonno senza che questi se ne sia accorto;

3) la considerazione che l'occhio durante il sonno è ruotato in alto e che perciò la localizzazione si sarebbe avuta nel quadrante inferiore dell'occhio.

Tutto deporrebbe quindi per una manifestazione precoce che sarebbe avvenuta a carico della mucosa congiuntivale così come precocemente si verifica, secondo quanto è stato stabilito e nel caso in esame confermato, per la mucosa del palato.

Lo stesso aspetto della localizzazione oculare rappresentata da un'unica papula ricorda in modo significativo l'elemento eruttivo cutaneo, anch'esso formato da maculo-papule e noduli.

Non va infine dimenticata la franca dichiarazione del prof. Leonardi, che ha definito in modo chiaro il reperto oculare.

Pur ammettendo che una risposta definitiva potrà essere data dall'eventuale presentarsi di casi simili a quello descritto, tuttavia per le regioni suddette ritengo che occorra comunque da oggi tener presente nella febbre eruttiva od esantematica del Mediterraneo questa particolare e precoce manifestazione.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di febbre eruttiva od esantematica del Mediterraneo, iniziato con una localizzazione congiuntivale dell'occhio sinistro, che ha preceduto di tre giorni la comparsa della febbre e di sei giorni l'eruzione.

Tale localizzazione consiste in una papula con reazione congiuntivale, accompagnata da tumefazione della linfoghiandola preauricolare dello stesso lato. La cornea e le palpebre non sono interessate dalla manifestazione.

L'A. fatto rilevare che tale caso non trova precedenti nella letteratura sull'argomento, si pone il quesito se quanto ha descritto a carico dell'occhio debba essere considerato come il probabile punto di ingresso del virus oppure come una manifestazione precoce della malattia, concludendo a favore di quest'ultima ipotesi.

BIBLIOGRAFIA.

AUDIBERT e BATTAGLINI. *Fièvre exanthématique à debut blépharo-conjonctival.* Comité Médical des Bouches-du-Rhône, 14 nov. 1930.

BLANC e CAMINOPETROS. *La fièvre boutonneuse (fièvre exanthématique de Marseille) en Grèce. Expériences des transmission par la tique du chien.* Bull. de l'Académie de Médecine, n. 14, 14 aprile 1931.

ID. *Nouvelles recherches expérimentales sur la fièvre boutonneuse.* Ibid., n. 21, 2 giugno 1931.

FRUGONI C. *Febbre bottonosa e Sodoku.* Lezione clinica. Policlinico, Sez. prat., n. 1, 1935.

OLMER D. e JEAN. *La fièvre exanthématique, son inoculation, ses portes d'entrée, ses aspects cliniques.* Bull. et Mémoires de la Soc. de Méd. des Hôpitaux de Paris, février, 1931.

ID. *Nouvelles recherches sur la fièvre exanthématique provoquée.* Bull. de l'Acad. de Médicine, 17 nov. 1931.

PONTANO T. *Febbre esantematica.* Medicina interna, II ediz., vol. I, Minerva Medica, Torino.

PONTHIEU. *L'escarre initiale dans la fièvre exanthématique.* Comité Méd. des Bouches-du-Rhône, 9 maggio 1930.

Per la restante letteratura vedi:

COSTANZI CARLO. *La febbre eruttiva od esantematica del Mediterraneo.* Edizione L. Pozzi, 1937, Roma.

STORIA DELLA MEDICINA

OSPEDALE S. SPIRITO - ROMA

Cloro-anemia, caso clinico descritto intorno al 1780

dal dott. PIETRO TILLI.

Brevi commenti nel 1939

pel dott. PIETRO TILLI.

Per il valore pratico e per curiosità storica vorrei rendere nota la descrizione di un caso di clorosi redatto verso la fine del 1700 da un medico chirurgo dell'ospedale di S. Spirito in Roma.

Avere la possibilità di leggere in originale come si studiasse un ammalato dai nostri avi, come si discutessero i segni raccolti e in che maniera si giungesse ad indicazioni terapeutiche generali e speciali, penso possa essere anche oggi istruttivo.

E per non togliere nulla al sapore dell'epoca desidererei di riportare l'originale latino.

Concisa nè è la storia, forse prolissa la discussione dei sintomi, particolareggiata la terapia.

HISTORIA.

Virgo iam connubio proxima amantis fuga inopinata illuditur: Quid? conqueritur de dolore circa verticem et anteriorem capitis partem cum lassitudine totius corporis, mox de ventriculi imbecillitate et respiranda difficultate maxime post motum: symptomata haec singulis mensibus praesertim circa novilunium recrudescunt cum imi ventris et lumborum doloribus, color naturalis mutatur in pallidum et quodamodo subflavum, urina valde cruda ex-cernitur, parum appetit et inordinate: parentes a Medico petunt quis sit morbus.

SOLUTIO.

Quid possint animi pathemata in humano corpore non solum historia Medica, verumetian sapientissimus Salomon in suis Proverbis suggerit, qui sic ait: « Dolore animi spiritus frangitur. Sicut tinea vestimento, vita tristitia nocet cordi ». Et Syracides quotidiana edoctus experentia sic dixit: « Ne tradas tristitiis ani« mum tuum neque angas teipsum consilio. Diligi animum tuum et consolare cor tuum, « tristitiamque procul a te pelle ».

Et revera quis ignorat quod ab animi pathematibus millena possint exsurgere mala ac diversismodis humanum corpus excruciare?

Nonne apoplexia, mania, delirium melancoricum, histericae affectionis in foeminis et similia inter alias causas ab animi passionibus repeti possunt?

Nonne nostra illusa virgo a tristitia ob amantis fugam, passa, retardatur spirituum secretio et sanguinis motus, adeo ut partes debito eorundem influxu destitutae languescant, atque hinc catameniorum suppressio ab hoc fonte oboriri? Perspicuum hodie est nihil esse opportunius ad efficiendum, ut functiones omnes corporis peragantur, quam animi tranquillitas: unde egrege Salomon: « Animus laetus bene afficit vultum ». Et Ecclesiasticus: « Laetitia cordis est vita ipsa hominis et exultatio producit dies vitae ».

Mirum autem subito animi moerore sic dissipari spiritus, ut cor viribus destitutum sanguinem segniter lenteque moveat atque hinc mensis suppressio, a qua fhaenomena, quae in nostro descripto casu reperiuntur pendere videntur. Hac distractione nervearum fibrarum encephali vascolorum a sanguinis maiori copia latera distentente et nervorum principia comprimuntur et dolor capitis et totius corporis lassitudo consequi debent; et a sanguine restitante in ventriculi arteriis ob plethora, comprimuntur nervi, unde spiritus in ventriculi tunicam villosam parce confluunt, lateribus illius visceris retardatur attritus; ergo appetitus languescit et imbecillitas persentitur. Et a difficile sanguinis per Pulmones traiectu respirandi difficultas, praesertim post motum nascitur; sed sjmptomata haec eumodo magis increscunt et omni novilunio quia sanguis plusquam par est remanet in corpore; sed etiam quia excitantur in Automaton illi motus posteri, vel conatus per quos natura sese a sanguine exuberante liberari solebat singolis mensibus, unde et lumborum dolores a turgescentibus vasis uterinis et ipogastricis; et animis distentis vasis sanguinis motus ea ratione minuitur, diminutio cruoris momento debet rubra pars a serosa separari et fundi, hinc naturalis roseus color, in pallidum subflavumque commutatur, et tandem ab hoc fonte repeti quoque potest urina cruda, quam aegrota mingit.

OMISSIS.

Indicationes ergo sunt menstrua debita methodo revocare, solida laxando, liquida diluendo et occasionalem causam removendo.

Ad hunc finem flebotomia est celebranda iuxta Maurisdeam primum ex brachio, dein ex pede, quae erit repetenda iuxta exigentiam; juvant egregie externae frictiones, pediluvia, suffitus, hyrudines pudendis applicate, ut vasa uterina cedent facilius et sanguinem quod distentundur dimittant extrema orificia.

Interne quoque identidem et cocleatim olea amygdaline recenter expressa lambire iubere, nec non ad spirituum ataxiam frenandam paregoricum aliquod praeberi curare vel in forma potus, uti aqua matricariae, melissae, camomillae cum aliquibus guttulis laudani liquidi Sydenamii, vel in forma solida, uti Mitridates, trifera magna et similia: — sorbeat affatim jus vitulinum insulsum, vel decoctiones ex petroselino, asparago, dictamo cretico. Fructus quosque amygdalae, passulae, pineae, dactyli, jus imprimis cicerum tubeorum, cum croco a scardona comendatur: — et ob affinitatem uteri cum recto intestino non absonum erit clismata emollientia imperare kalibeata felicem curationem perficiunt.

Victu tenui, attenuante utatur, uti carne avicularum montanarum, aut lactantium animalium, pisciculis modice sale conditis. — Potus esto vinum album, tenue.

Exercitium per loca amoena et sommus sint moderata. Et ut remota removeatur causa coniugium est procurandum consilio Divini Senis qui, sic: « Ego vero impero, virgines his pathemathis affecta quam citissime viro iungi, si enim conceperint sanae evadunt ».

Fugiendum tandem otium de quo perbelle Ovidius cecinit.

« Otium si tollas periere cupidinis arcus,
« contemptaeque jacent et sine luce faces ».

Dixi.

Dopo la lettura di questo documento clinico, se si vuole istituire un parallelo con quanto oggi più comunemente si pensa in patologia e si opera in terapia, sarà necessario riportare qualche notizia sintetica odierna sull'argomento.

La clorosi, scrive A. Ferranini, è una ematopatia prevalentemente quantitativa ipocromoemica con colorito della cute giallo-verdastro sbiadito, che predilige il sesso femminile, con perturbamenti extraematici, come l'amenorrea e la dismenorrea, tendenza edematigena degli arti e volto, disordini dispeptici, astenia, cefalea gravativa, sbalzi pressori di ipo e iperpressione. Come origine del male, quale sintesi delle diverse teorie, la sicura esistenza di turbe endocrine e sopratutto ovariche, ecc. Prognosi fausta, specialmente se, dopo qualche miglioramento mercè le opportune cure farmaceutiche, opoterapiche e fisioterapiche, la donna passa a nozze.

Notevole importanza dà Pende e la sua scuola al fattore ovarico sia per un eccesso di ormoni interstiziali, agenti in senso inibitorio sulla assimilazione del ferro e sulla sintesi emoglobinica, sia per un difetto di ormoni follicolari nonchè di altre discrinie. Quindi per la cura si consiglia ferro, arsenico, opoterapia ovarica di estratti follicolari. Curare l'amenorrea, la dispepsia, l'anoressia. Si consiglia climoterapia, crenoterapia e dietoterapia appropriata.

Martinet, pur notando come la clorosi sia un'anemia oligocromoemica senza ipoglobulia, avverte che, prima di ogni medicazione marziale, convenga migliorare la dispepsia. Regime da prima di latte quindi uova, pesce bollito, carni bianche.

E in terapia Hart, Stembak e Evehjem dicono che partendo dal ferro inorganico non può prodursi emoglobina, se non alla condizione di fare entrare nel regime dietetico alcuni corpi organici, fra i quali i legumi verdi avrebbero una importanza preponderante. Hoessler, Maurer e Loughlin raccomandano di associare ai grassi una copiosa razione di pomodori, spinaci e lattughe; ricchi di quella clorofilla che dal punto di vista chimico presenta una costituzione molto prossima a quella dell'emoglobina, come dagli studi di Castelbon che ne ha visto anche la vantaggiosa azione terapica con forte aumento nel sangue dei trattati del tenore emoglobinico. H. Leclerc aggiunge che i risultati sarebbero tanto più soddisfacenti per quando si impiegheranno vegetali crudi.

Dopo il pur brevemente ricordato facile è il raffronto sul trattamento di una clorotica verso la fine del 1700 che come la si tratta oggi Ognuno da sè può paragonare.

Il quadro clinico, eccettuate le fine ricerche sul sangue, è il medesimo. La denominazioen diagnostica del male manca.

La patogenesi psico-nervosa è messa in rilievo, pur rimanendo ignorati gli influssi delle insufficienze endocrine, comandate d'altra parte anch'esse dal simpatico.

I fenomeni di instabilità pressoria ricordati dal Ferranini sono le cause invocate anche dal nostro per spiegare la debolezza di tutto il corpo, la pesantezza di testa, la difficoltà della digestione, il languore nell'appetito, ecc.; instabilità pressoria che, accentuandosi nei periodi catameniali e diventando quasi regionale, acuirebbe i patimenti della malata. La emoglobinopenia non poteva da lui essere considerata.

La terapia, se si eccettui la mancanza dei ferruginosi e dei prodotti opoterapici moderni, contiene quanto si consiglia ai giorni nostri e anche altro di diverso che andrebbe vagliato e sottoposto a revisione critica. Dal nostro A. non viene trascurata la terapia fisica

*

dei massaggi, del moderato esercizio in luoghi ameni e si entra in minuti dettagli di alimentazione, ordinando succo vitellino insipido, (in luogo del siero di cavallo e di emoblastina e simili), carne di uccello di montagna... o di animali lattanti!... perchè mai? Forse, questa preferenza ai polli montanari e alla carne di animali giovanissimi deve stare in rapporto alla migliore sanguificazione in quelli e ad un maggiore potere trofico in questi. E d'altronde oggi forse non si consiglia da noi fegato di vitella, ma non mai fegato di vecchio manzo? E poi pesce, ma piccoli come suggerisce la scuola Salernitana Caput XXX « ... parvi sunt plus valituri ». E fra le frutta è raccomandata l'uva passita: « Passula non spleni, tussi valet et bona reni » ibid. Cap. XVII. E sul vino bianco leggero cade la scelta: « Sunt nutritiva plus dulcia candida vina » ibidem Cap XV; e il vino bianco poi evita la stitichezza, cosa che succede per i vini rossi carichi **di** tannino.

Infine per rimuovere la causa ascosa e remota del male anche noi saremo costretti spesse volte a consigliare ai genitori, come fa il Ferranini, le nozze per queste sofferenti figliuole. Allora, ricordiamolo ci potremo giovare della delicatezza dell'antico clinico del 700 che invoca l'autorità del « Divin vecchio » allorchè deve garbatamente manifestare l'ultimo imperativo terapeutico.

No, non è lui che parla: È Ippocrate che comanda.

Quanta finezza deontologica verso le famiglie e gli infermi!

RIASSUNTO.

L'A. riporta il documento latino di un caso clinico di cloro-anemia descritto verso il 1780 da un suo omonimo antenato dott. Pietro Tilli, medico di S. Spirito in Sassia a Roma. Quindi egli svolge brevi commenti, soffermandosi su alcune identità di vedute etiopatogenetiche, cliniche e terapeutiche.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

A. FERRANNINI. *Patologia speciale medica*, ed. Pozzi, pag. 223-234.

PENDE. *Terapia medica speciale*, Ed. Wassermann, pag. 112.

MARTINET. *Diagnostic clinique*, ed Masson.

HART STENBAH EVEHJEM. Journal of Amer. Med. Assoc., 27 marzo 1925.

HOSSLER MAURER LOUGHLIN. Ibidem.

HOSSLER MAURER LOUGHLIN. Ibidem, 15 agosto 1926.

CASTELBON. These de Paris, 1921.

LECLERC HANRI. *Recentes acquisitions de phythothérapie*. L'année médicale pratique, 1928.

MAGENTA. *La regola sanitaria della Scuola Salernitana*. Ed. Bolla, Milano.

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

Il sonno normale e patologico.

(W. RUSSEL BRAIN. *British Medical Journal*, 8 luglio 1939).

Il sonno è lo stato nel quale trascorre la maggior parte della vita, ed un fenomeno che ha sempre interessato fisiologi, medici e psicologi. Solo negli ultimi anni si è fatta un po' di luce sulle cause del sonno e sui suoi disturbi che sono certamente tra i più bizzarri disordini nervosi.

Alcuni animali hanno periodi brevi e frequenti di sonno durante le ventiquattro ore, altri hanno un unico periodo di sonno. Szymanski ha fatto l'interessante osservazione che gli animali a sonno polifasico sono quelli che ricercano l'alimento con il tatto o con l'olfatto, come il lombrico ed il coniglio mentre quelli che lo ricercano con la vista, come il cane, hanno sonno monofasico. L'uomo è polifasico al principio della vita, quando è lattante, e diventa poi monofasico quando la sua alimentazione è prevalentemente regolata da stimoli visivi.

Durante il sonno si ha non solo la sospensione della coscienza, ma anche modificazioni somatiche. La frequenza del polso e del respiro, la pressione vasale diminuiscono; i bulbi oculari sono rivolti in alto, le pupille diventano miotiche ma continuano a reagire alla luce quantunque debolmente; i riflessi tendinei sono aboliti ed il riflesso plantare può essere invertito in estensione.

La sospensione della coscienza fa ritenere che durante il sonno l'attività della corteccia cerebrale sia notevolmente depressa. Ciò è stato confermato dal comportamento del ritmo elettrico corticale rilevato a mezzo dell'elettroencefalografia.

Pavlov ha sostenuto che il sonno sia dovuto ad un'inibizione interna della corteccia. Fu indotto a questa ipotesi dall'osservazione che alcuni animali sottoposti ad esperimenti per stabilire riflessi condizionali cadevano colpiti da sonno.

Kleitman ritiene che il sonno sia dovuto all'inattività dei più alti centri della corteccia dovuta ad una sospensione funzionale prodotta da un affievolimento degli impulsi afferenti, ed in ispecie dei propriocettori stimolati dal tono muscolare.

Fatti sperimentali e clinici depongono per l'esistenza di un centro che regola il sonno e la veglia, localizzato nella parte posteriore dell'ipotalamo. Le lesioni di questa regione, e specie tra i corpi mammillari ed il nucleo del terzo nervo nonchè delle vie efferenti dell'ipotalamo provocano negli animali una sonnolenza patologica. Nell'uomo i disturbi caratteristici del sonno prodotti dall'encefalite letargica possono riferirsi alla predilezione del vi-

rus per la sostanza grigia che circonda l'estremità anteriore dell'acquedotto di Silvio, e i tumori intracranici producono sonnolenza quando sono localizzati nello spazio interpeduncolare. Si deve dedurre che se la distruzione di queste parti produce il sonno esse sono piuttosto i centri della veglia. Certo è che nessuna parte del sistema nervoso agisce isolatamente: il sonno normale è l'effetto dell'interazione tra corteccia cerebrale ed il centro ipotalamico sonno-veglia.

L'ipersonnio è di solito la consegunenza di lesioni localizzate tra i corpi mamillari ed il nucleo del terzo nervo. L'ipersonnio patologico non si distingue clinicamente dal sonno normale. Ed in ciò si differenzia dal coma nel quale la funzione della corteccia cerebrale è più profondamente alterata, il polso ed il respiro sono alterati ed il risveglio non è possibile neppure con forti stimoli.

La narcolessia consiste in attacchi improvvisi di sonno irresistibile, considerati da alcuni come equivalenti epilettici. Spesso il paziente che soffre di narcolessia ha altri disturbi del sonno: catalessia, paralisi ipnica, sonnambulismo, e allucinazioni ipnagogiche. Gli attacchi di catalessia possono ripetersi anche parecchie volte al giorno. Il paziente diventa rapidamente incosciente e cade in sonno, dal quale però può essere svegliato con stimoli appropriati. L'attacco può manifestarsi inopinatamente senza alcun motivo apparente o più spesso nelle circostanze che abitualmente conciliano il sonno, dopo un pasto abbondante, durante un lavoro monotono o una gita in automobile, nonchè in seguito a forti emozioni. Il sonno è di breve durata, qualche secondo o qualche minuto, ma se non è disturbato può durare anche per ore.

La catalessia differisce dal sonno normale perchè caratterizzata dalla perdita improvvisa dei movimenti e della possibilità di stare in piedi mentre la coscienza rimane integra. L'attacco può essere preceduto da tremori del capo o da spasmi muscolari. Il paziente cade a terra con gli occhi chiusi. I muscoli diventano ipotonici, le pupille possono diventare rigide, i riflessi tendinei indebolirsi o scomparire, il riflesso plantare invertirsi in estensione. Quantunque sia incapace di muoversi e di parlare il paziente comprende tutto quanto avviene intorno a lui. Gli attacchi durano di solito meno di un minuto. Sono comunemente provocati da forti emozioni anche piacevoli.

La paralisi ipnica rassomiglia alla catalessia ma non si avvera durante il giorno in seguito ad emozioni, bensì al momento dell'addormentamento o all'atto del risveglio. Il soggetto, quantunque cosciente, è incapace di muovere le mani o i piedi ed avverte una profonda angoscia. Basta un semplice toccamento a far scomparire la paralisi.

Il sonnambulismo può essere considerato come una condizione reciproca della narcolessia, nella quale il paziente benchè parzialmente addormentato è in grado di stare in piedi e camminare.

Le allucinazioni ipnagogiche si verificano durante la notte al momento del risveglio o quando il paziente è apparentemente sveglio. Si tratta di allucinazioni, più visive che uditive, molto vivaci, complesse e per lo più terrificanti, il cui carattere irreale è rapidamente riconosciuto durante la veglia.

Tutti i disturbi del sonno non sono in fondo che un accentuazione dei normali caratteri del sonno.

La narcolessia non è che un'esagerazione di una tendenza normale: si tratta tutto sommato di un sonno improvviso, irresistibile che prende nelle medesime circostanze che predispongono al sonno normale. Si può considerare come un ritorno al sonno polifasico dell'infanzia, verisimilmente dovuto ad una deficienza del controllo esercitato dalla corteccia su i centri del sonno. Questa ipotesi è convalidata dal fatto che i cani normalmente monofasici diventano polifasici quando sono decorticalizzati. Al riguardo è degna di nota la circostanza che i farmaci i quali eccitano l'attività corticale, come la benzedrina, determinano l'insonnia, mentre riducono o fanno più rari gli attacchi di narcolessia.

La catalessia è stata giustamente considerata come una dissociazione fra i componenti psichici e somatici del sonno. Nell'attacco di catalessia i centri della motilità e della stazione in piedi cadono in sonno mentre rimangogono in veglia i centri della coscienza.

La paralisi ipnica differisce dalla catalessia solo per il suo inizio più graduale. Il sonno non colpisce rapidamente e simultaneamente tutto il sistema nervoso, ma i centri motori si addormentano prima della mente o all'atto del risveglio la mente si desta prima del corpo.

Nel sonnambulismo avviene il contrario, i centri della motilità e della stazione in piedi sono attivi quando la mente dorme ancora.

La quistione delle allucinazioni, di cui soffrono gli individui con narcolessia, può collegarsi a quelle dei segni. Questi negli ultimi tempi sono stati molto studiati, sopra tutto al lume della psicanalisi che li considera esclusivamente in rapporto al dinamismo psichico senza tener conto di probabili fattori organici.

L'allucinazione ipnagogica è qualche cosa di intermedio tra il sogno e la psicosi allucinatoria. L'individuo che ha allucinazioni ipnagogiche appare sveglio, ma in effetti è solo parzialmente sveglio. In lui la dissociazione del sonno avviene nei più alti centri nervosi quando i centri motori ed il sensorio sono desti. Gli oggetti e gli avvenimenti sono incorporati all'esterno come allucinazioni. Lhermitte ha trovato che queste allucinazioni ipnagogiche dipendono da lesioni dell'ipotalamo

posteriore. L'« allucinosi peduncolare » di Lhermitte sarebbe una diretta conseguenza di alterazioni del centro sonno-veglia.

In fondo tra allucinosi narcolettica e psicosi allucinatoria vi sarebbe la stessa differenza che tra delirio tossico e schizofrenia. Lo stato narcolettico però è immediatamente riversibile e la vittima si rende subito conto dell'irrealtà delle allucinazioni. Forse la shoch terapia esplica la sua azione *destando* lo schizofrenico, che pertanto potrebbe essere considerato un dormiente. Se così fosse noi saremmo tutti pazzi durante il sonno: i periodi di veglia non sarebbero che momenti di lucido intervallo. DR.

La porfirinuria.

(A. VANNOTTI. *Paris Médical*, 4-11 novembre 1939).

Le porfirinurie sono condizioni patologiche caratterizzate da eliminazione di orina rosso-scura o nera per la presenza di porfirina. C'è anche una porfirinuria fisiologica consistente in un'eliminazione giornaliera di mgr. 0,01 a 0,08.

Le porfirine appartengono al metabolismo pigmentario normale e sono composte di un nucleo di 4 gruppi pirrolici. La loro formula si avvicina molto a quella dell'emina e della clorofilla, perchè ne differisce per l'eliminazione del ferro (per l'emina) e del magnesio (per la clorofilla). La bilirubina si può ottenere dal nucleo pirrolico delle porfirine mediante una catena di quattro gruppi pirrolici.

L'organismo riceve delle porfirine coll'alimentazione, sia direttamente sia per trasformazione della clorofilla, dell'emoglobina e della mioglobina nel tubo digerente per azione della flora intestinale. Una parte di queste porfirine è assorbita dall'intestino, arriva al fegato, dove può essere trasformata in bilirubina o in un'altra forma di porfirina. La porfirina può entrare in circolo e depositarsi in alcuni organi ed eliminarsi per i reni. È anche probabile che si formi porfirina nel fegato nel processo di trasformazione dell'emoglobina in bilirubina e nel midollo osseo durante la sintesi del pigmento sanguigno.

Bisogna distinguere le porfirinurie lievi dalle gravi. Le porfirinurie lievi sono importanti dal punto di vista pratico, perchè si manifestano nel decorso di numerose malattie. La patogenesi di queste porfirinurie secondarie è multipla: può dipendere da eccessiva quantità di porfirina introdotta cogli alimenti in caso di malattie intestinali o da eccessiva produzione di porfirina per alterazioni intestinali. C'è un cattivo assorbimento di porfirina in malattie che s'accompagnano a cattivo riassorbimento di grassi (nello sprue, nella malattia di Herter, nelle malattie del pancreas, nella steotorrea), perchè le porfirine seguono la sorte dei grassi e rimangono nell'intestino senza essere assorbite. In questi casi si possono avere grandi quantità di porfirine nell'intestino senza eliminazione di porfirina per le urine.

Il fegato è uno dei centri più importanti del metabolismo delle porfirine e le malattie epatiche possono per questo essere accompagnate da porfirinuria patologica. Questo può succedere nell'epatite acuta o cronica, nell'ittero, nella cirrosi, nei tumori del fegato.

Interessanti sono i rapporti fra metabolismo delle porfirine e dell'emoglobina. Nell'anemia di Biermer accanto alla comparsa di megaloblasti e megalociti nel sangue si ha formazione di porfirina nel midollo osseo, segno certo di un ritorno del midollo allo stato embrionario. Borst e Könipsdörfer hanno dimostrato che nei primi mesi l'embrione produce porfirina invece di emoglobina.

Nelle forme rare di anemia per disturbi dell'emopoiesi si ha inibizione della sintesi dell'emoglobina che si accompagna a porfirinuria.

Per produzione di porfirina nel midollo osseo si ha porfirinuria nell'intossicazione da piombo. Porfirinuria si ha pure per intossicazione da arsenico, anilina, fosforo, mercurio, veronal, sulfonal, trional, sulfanilamide.

Il rene ha funzione escretoria delle porfirine; ma le sue malattie possono provocare ritenzione di porfirina. L.

Le neoplasie maligne della bocca.

(F. A. FIGI. *Proceedings Staff Meetings Mayo Clinic*, 19 luglio 1939).

Le neoplasie maligne della bocca hanno una prognosi buona in un'alta percentuale di casi se sono adeguatamente trattate nella loro fase iniziale. Ma la mortalità per cancro della bocca si mantiene tutt'ora elevata perchè il pubblico non è ancora sufficientemente edotto sulla possibile gravità di alcune lesioni orali che sembrano trascurabili, e medici e dentisti non hanno generalmente una sufficiente capacità di diagnosticare le affezioni neoplastiche maligne nelle loro prime manifestazioni e di affrontare una terapia precoce.

I tumori maligni della bocca, come quelli localizzati altrove, possono verificarsi in qualunque età, ma si manifestano con maggiore frequenza dopo i 40 anni. Gli uomini ne sono colpiti più delle donne, nella proporzione di dieci ad uno. Il labbro inferiore è la sede preferita, 3 o 4 volte più che altre parti della bocca.

Nella grande maggioranza dei casi si tratta di epiteliomi a cellule squamose; meno frequenti sono gli adenocarcinomi, i melanoepiteliomi, gli emangioendoteliomi ed i sarcomi. La rapidità di sviluppo, specie degli epiteliomi è varia: può essere tanto lenta da rendere inat-

tivi i tumori o rapidissima con decorso fulminante.

Sembra che alcuni fattori locali abbiano una certa influenza su lo sviluppo, l'attività e la prognosi del cancro della bocca. Al riguardo hanno importanza la sepsi dentaria ed i traumi ripetuti. Si spiegherebbe così perchè negli uomini i cancri boccali siano più frequenti che nelle donne. Inoltre il cancro si sviluppa frequentemente su aree di leucoplachie specie di natura sifilitica e papillare e sulle afte croniche. Nel 40-50 % di casi di cancro della lingua i soggetti sono sifilitici.

In genere i sintomi di malignità attraggono l'attenzione del paziente solo quando la lesione è praticamente inoperabile. L'epoca della loro comparsa e la loro gravità dipendono in gran parte dalla sede del tumore, dalla sua attività e dal grado di sepsi coesistente. Quando il tumore è localizzato nella parte posteriore della lingua o sul pavimento della bocca il primo sintomo allarmante è costituito dalle metastasi al collo avvertite dal paziente come una massa indolente.

I tumori cancerosi della cavità orale hanno un aspetto molto vario, ma sufficientemente caratteristico per consentire la diagnosi in un gran numero di casi. Le loro metastasi nelle formazioni linfatiche vicine sono precoci; e la loro rapidità di sviluppo e la loro estensione varia con l'attività, la vascolarizzazione e la sede del tessuto neoplastico, nonchè in rapporto alle intensità del trauma cui sono eventualmente sottoposti, al grado dell'infiammazione reattiva e della sepsi orale.

La diagnosi differenziale va posta con il sifiloma, la gomma, l'ulcera infiammatoria cronica semplice, la tubercolosi, la blastomicosi ed altri processi infiammatori, nonchè con lesioni ipertrofiche provocate da protesi dentarie inadatte o con angiomi infetti.

Possono sorgere notevoli difficoltà diagnostiche nel caso non raro della coesistenza di cancro e sifilide. In tali casi spesso il trattamento antisifilitico provoca un apparente notevole miglioramento delle condizioni boccali, mentre in effetti il processo cancerigno progredisce per suo conto diventando così inoperabile.

La grande maggioranza dei tumori maligni del labbro inferiore sono epiteliomi e, salvo rare eccezioni, s'impiantano sul bordo rosso del labbro stesso. Nella stessa sede l'adenoma è raro e si sviluppa nel corpo delle labbra.

Gli epiteliomi delle labbra si verificano nelle donne solo nell'1 % dei casi. Il tumore è in genere unico ma può essere fin dal principio multiplo. Si manifesta inizialmente come una semplice ulcerazione, ragade, piaga, area di leucoplakia, lesioni cheratosiche o di altro genere apparentemente benigne.

La terapia radicale ha molte probabilità di successo quando non si sono ancora prodotte metastasi ed indipendentemente dalla grandezza della lesione iniziale, anche quando si estende alla parte inferiore della faccia ed interessa la mandibola.

Il cancro si sviluppa con grande facilità su qualsiasi lesione cronica del labbro inferiore; pertanto ogni inspessimento o ulcerazione di questa parte deve essere considerata con sospetto. È pericolosa l'abitudine di trattare queste lesioni con nitrato d'argento o altre sostanze caustiche, con il termocauterio, con il radio o con i raggi Roentgen. È preferibile asportare senz'altro le lesione praticando l'escissione di un'area ellittica lungo il bordo rosso del labbro. L'operazione è facile sotto anestesia locale e non determina deformità. Se l'esame microscopico della parte lesa fa rilevare la presenza di cellule cancerose si può in secondo tempo procedere alla asportazione delle formazioni linfatiche vicine.

Quando il tumore risulta canceroso all'esame clinico, conviene praticare un'ampia asportazione a cuneo del labbro, a meno che non vi siano controindicazioni nello stato generale. Qualora la mandibola non sia compromessa e la lesione abbia un basso grado di malignità si può procedere immediatamente ad una plastica anche quando si sia resa necessaria l'asportazione di tutto il labbro.

Anche i tumori maligni della superficie interna delle guancie sono per lo più epiteliomi a cellule squamose ma sono alquanto più attivi. Si localizzano più frequentemente sulla linea corrispondente alla superficie di contatto dei denti, ossia sulla parte che subisce continui traumi, e tendono a metastasizzarsi più facilmente forse a causa dei continui alterni movimenti di distensione e raccorciamento della guancia. Quando sono ben localizzati possono essere asportati con il bisturi o con l'elettrode diatermico. La ferita residua può essere suturata o anche lasciata aperta. I neoplasmi molto estesi possono sottoporsi ad ampia elettrocoagulazione. Questa pratica può essere integrata da applicazioni di radio se il tumore era molto maligno, e solo in quest'ultimo caso è necessaria l'asportazione dei linfatici.

In linea di massima le lesioni maligne della lingua e del pavimento della bocca sono sempre più imponenti e danno metastasi più rapidamente. La loro prognosi si è migliorata da che alla cura radicale si fanno seguire le applicazioni di radio e da quando sopra tutto sono diagnosticate e trattate precocemente.

I carcinomi situati nella parte anteriore della lingua possono essere escissi, quelli della parte posteriore e interessanti il pavimento della bocca possono essere distrutti con la diatermia o con il radio. Le lesioni troppo estese vanno trattate con la radioterapia. È sempre necessario asportare i linfatici vicini.

I carcinomi dei mascellari hanno in genere sviluppo lento e attività moderata e danno me-

tastasi solo quando si diffondono ai tessuti molli delle guancie, delle labbra, del pavimento della bocca. Si curano con l'elettrocoagulazione integrata dalla radioterapia quando il tumore è molto esteso e molto maligno.

I melanoepiteliomi provengono in genere dal palato e, come i tumori cutanei di questo tipo, sono molto maligni.

Il tipo più comune di sarcoma dei mascellari sono osteogenici e fibrosi. Si sviluppano più rapidamente dei carcinomi e sono più difficilmente controllabili. L'irradiazione è la cura più indicata, ma la prognosi è sempre molto riservata.

Gli adenocarcinomi a tipo misto possono svilupparsi sul palato duro e su quello molle. Differiscono dagli altri tipi di tumori della bocca perchè sono incapsulati, si sviluppano lentamente e danno metastasi molto tardi. Clinicamente si presentano come masse dure, levigate, rotonde, coperte da una membrana mucosa normale. Sono facilmente disseccabili ed hanno una prognosi buona.

L'adamantinoma o epitelioma adamantino è un tumore cistico, multiloculare. Si sviluppa per lo più nel mascellare superiore o anche alla base del cervello in prossimità dell'ipofisi e nella regione dell'angolo della mandibola. Ha malignità moderata e dà di rado metastasi. Si cura con l'elettrocoagulazione o la resezione della parte della mandibola affetta.

DR.

Cura dell'asma bronchiale con aeroioni artificiali.

(A. L. TCHIJCORKY. *Acta med. scand.*, 4 novembre 1939).

L'A. ha constatato una quindicina di anni fa che nell'asma bronchiale aveva azione benefica l'aeroionizzazione ottenuta artificialmente sulla funzione respiratoria (cambiamento di profondità del respiro, del ritmo respiratorio, ecc.). Da allora ha pensato di utilizzare questo fatto nella cura dell'asma.

Senza voler discutere delle varie teorie dell'asma bisogna ritenere come certo che nelle località sabbiose l'asma è quasi sconosciuta e che ad altitudini di 1500-2000 m. non esistono asmatici e che degli asmatici che vi si recano il 70 % ne rimangono esenti e il 25 % migliorano. Pel grado di umidità dell'aria le opinioni sono controverse, perchè secondo alcuni gli asmatici si trovano bene in ambienti umidi, seconda altri in ambienti secchi.

Un problema non risolto è quello riguardante il meccanismo di azione dell'altitudine: si tratta cioè dell'assenza degli allergeni a forti altitudini o invece esistono a queste altitudini sostanze capaci di abbassare la sensibilità agli allergeni?

L'A. fu guidato a curare gli asmatici cogli aeroioni dalle considerazioni seguenti: che gli aeroioni a polarità negativa fanno scomparire l'aritmia respiratoria e aumentano la profondità della respirazione, che è utile agli asmatici il soggiorno in alta montagna, cioè in ambiente ricco di aeroioni e che gli accessi asmatici diventano meno frequenti in individui che vivono sulla costa marina specie nei giorni di risacca violenta o che vivono vicino a cascate d'acqua. Questo avviene per ionizzazione rinforzata dell'aria (a segno negativo) e perfino polverizzazione dell'acqua (effetto elettrico di Lenard).

Agiscono meglio le polverizzazioni di acqua fortemente cariche di sali, aventi quindi una forte carica elettrica. Così si spiega l'efficacia delle inalazioni di acque minerali nell'asma bronchiale.

Le idee dell'A. sono rafforzate dalle ricerche di Villaret e Besançon, che hanno dimostrato che gli ioni negativi in un liquido rammolliscono la muscolatura liscia bronchiale.

Dal punto di vista fisico-chimico gli allergeni che penetrano nelle vie respiratorie sotto forma di polvere o di sostanze odoranti sono in gran parte degli aerosol che hanno alla superficie una carica elettrica di segno dipendente dalla sostanza che li compone. Non sappiamo se le proprietà elettriche degli allergeni partecipino e in che proporzione nella provocazione degli attacchi asmatici; si sa però sicuramente che la maggior parte degli allergeni sperduti nell'aria hanno polarità positiva.

L'inspirazione di aerosol è un atto non solamente chimico, ma anche elettrico. Questo concetto ha portato l'A. ad ammettere una funzione elettrostatica delle pareti bronchiali e ad enunciare la « teoria elettrostatica » di alcune forme di asma.

Questa teoria è stata confermata dai successi terapeutici ottenuti colla ionizzazione negativa di grande potenza. Nelle sue prime ricerche l'A. si serviva o del polo negativo di una potente macchina elettrostatica o d'un trasformatore di 110 kilovolta e di qualche milliampère di un apparecchio Roentgen. I malati erano posti a distanza di 75 cm.-1 m. dall'apparecchio e si facevano 10-20 applicazioni della durata di 15-30' al giorno. Colle ionizzazioni l'attacco asmatico si tronca subito.

Il Prozorowsky curò con questo metodo 50 asmatici e ottenne il 66 % di miglioramento.

Zvonitsky e Obrossov su 52 malati ebbero 30 % di guarigione obbiettiva e subbiettiva, Passinkov ebbe su 108 guarigioni o miglioramento nell'86 %. Ottimi risultati ebbe pure il Vilenkin.

In malati in cui la ionizzazione negativa era inefficace fu usata con buoni risultati la ionizzazione positiva da Landsmann e Borishpolsky.

I malati di asma curati colla ionizzazione negativa artificiale sono stati 1500 e la percentuale di guarigione o miglioramento è dell'84 %. Per questo il metodo merita di essere preso in considerazione.

L.

DIVAGAZIONI

Nuove osssservazioni con il microscopio elettronico nel campo della biologia.

Con i nuovi perfezionamenti portati al microscopio elettronico, si è arrivati ad ottenere un potere di risoluzione di 5 mμ. anche con l'uso di portaoggetti costituiti da un film di celluloide del trascurabile spessore di 10 mμ.

Si sono così potute vedere durante il processo della coagulazione del sangue, delle modificazioni strutturali nel protoplasma delle piastrine, probabilmente connesse con l'eliminazione di una sostanza attiva per la coagulazione; e si poterono inoltre cogliere i primi stadî di formazione della fibrina.

Importanti sono anche gli studi sulla costituzione del protoplasma, per cui vengono confermate le vedute moderne di una struttura solida, in continua trasformazione strutturale e chimica, negli interstizi della quale reagiscono le sostanze in soluzione molecolare e colloidale.

Per quanto riguarda i batteri, venne studiata la presenza di formazioni corrispondenti al nucleo cellulare. Anche col microscopio elettronico (come con quello ottico e con l'assorbimento ultravioletto) si rileva una differenziazione della cellula. I così detti « nucleoidi », però, non si differenziano dalle formazioni circostanti e rimangono quindi invisibili.

Importanti sono gli studi morfologici sui batteri, che con il microscopio elettronico sono destinati a progredire in quanto che, col microscopio ottico, le fini modificazioni della forma rimangono di una ventina di volte al disotto del potere di risoluzione. Il microscopio elettronico si va, pertanto, dimostrando particolarmente utile per lo studio del pleomorfismo e della ciclogenia dei batteri.

Strane modificazioni di forma, in confronto con quelle osservate col microscopio ottico, si sono rilevate con gli agenti di certe malattie di animali da virus, che con esso apparivano ai limiti della visibilità e si giudicavano di forma sferica. Invece, esse come ci informa H. Ruska (*Forschungen und Fortschritte*, 10-20 ottobre 1939) appaiono al microscopio elettronico di forma cubica o prismatica, con angoli e spigoli arrotondati (vajuolo, ectromielia). I virus di malattie vegetali (mosaico del tabacco), su cui si avevano nozioni incerte, sono apparsi come lunghi fili larghi 15 mμ. e lunghi 150-300. Con la dimostrazione ottica di queste macromolecole degli agenti del mosaico del tabacco e della malattia x delle patate è stato risolto felicemente il tentativo di rendere formalmente percepibili le dimensioni molecolari.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

Giuseppe Calligaris. *Le meraviglie della metapsichica.* I fenomeni mentali. Milano, F.lli Bocca edit., 1940-XVIII, pag. 606. Pr. L. 50.

Nella collana « Le catene del corpo e dello spirito » del Calligaris, di questo immaginoso e geniale innovatore di tutta la dottrina medica, creatore di un novissimo e originalissimo metodo di indagine, basato su l'auto-elettroscopia, su qualche cosa che supera i nostri sensi, e turba il nostro intelletto, adagiato in ben altri concetti di fisiopatologia, appare un nuovo grosso volume.

Mentre sinora nella gigantesca sua produzione scientifica l'A. era rimasto sulle frontiere della metapsichica, che egli chiama tradizionale, ma che in realtà ha resa molto individuale perchè sperimentale, ora vi entra in pieno.

Semplicemente l'accennare l'enorme materiale di riferimenti, di concetti, di esperienze, contenuti nelle 600 pagine che sono l'impalcatura dell'opera, supera ogni possibilità di recensionista pressato tra le morse editoriali a sistema ridotto.

Come apprezzamento sull'essenza del pensiero del Calligaris, che in questo libro emerge in tutta la sua più spiccata originalità e in tutta la sua potenzialità, non possiamo meglio pronunciarci che ripetendo quanto gli comunicava Charles Richet ed è riportato nella prefazione: « Peut-être avec la pointe apiciel du médius êtez vous sur la voie d'une grande découverte. Qui le soit? ».

G. Mòglie.

Acta Conventus tertii de Tropicis atque malariae morbis. Due vol. di pagg. 720 e 601, con figg. Soc. Neerlandica Med. tropicae, Amsterdam. Rilegati.

I due magnifici volumi contengono gli atti del III Congresso di medicina tropicale e malaria, tenutosi lo scorso anno in Olanda.

Il primo è dedicato alla medicina tropicale. Vi troviamo trattati i temi seguenti: 1) *Malattie da carenza*, con le relazioni generali di R. Mac Carrison e di A. Thiroux e Mouriquand ed altre riguardanti problemi particolari, come le carenze minerali (J. du Toit e I. Malan); l'acido nicotinico nella pellagra (T. Douglas Spies); la prevenzione delle carenze nelle masse (C. Reed); 2) *Le filariosi*, di cui J. Rodhain tratta la patogenesi ed altri alcuni problemi speciali; 3) *La febbre gialla*, di cui C. Mathies considera i nuovi problemi epidemiologici; 4) La vaccinazione antipestosa (G. Girard e J. Robin); 5) *Le leptospirosi;* rileviamo la relazione di P. Uhlenhuth sull'epidemiolo-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

gia del morbo di Weil, quella di W. Schüffner sulla sistematica delle leptospire, quella di P. Mino sulla leptospirosi delle risaie; 6) *Miscellanea*. A. Castellani vi tratta di alcuni segni clinici utili nella diagnosi di certe malattie tropicali. Nella Sezione di *Patologia comparata*, sono state trattate le Rickettsie, la lotta contro la rabbia, la distruzione delle glossine e vari altri argomenti.

Troviamo, nel secondo volume, il resoconto del Congresso sulla malaria, con i discorsi inaugurali di N. H. Svellengrebel e di E. Sergent. Gli argomenti trattati riguardano: 1) *La lotta antimalarica esclusi i medicamenti;* i rappresentanti dei diversi paesi hanno esposto i metodi rispettivamente usati; per l'Italia, E. Jandolo ha trattato la bonifica integrale nei suoi rapporti con la malaria. 2) *Le basi entomologiche della lotta antimalarica;* vi troviamo interessanti rapporti di W. Hackett e Marston Bates sulle zanzare in Albania, di E. Roubaud sugli equilibri biologici nell'eziologia della M., di E. Martini sul rapporto fra clima e M. 3) *Ricerche locali.* 4) *L'immunità e la patologia della M.*, P. James e M. Ciuca hanno riferito sulle specie e razze dei parassiti della M. umana e sull'immunità, J. A. Sinton sugli effetti della terapia in rapporto al grado di immunità che si acquisisce, ecc. 5) *Trattamento e profilassi*, argomento ricco di comunicazioni e di vivaci dibattiti. 6) *Parassitologia;* citiamo, fra l'altro, le comunicazioni di G. Raffaele sulla fase primaria dell'evoluzione monogonica dei parassiti malarici e di A. Giovannola sui ceppi tropicali ed europei di *Plasmodium immaculatum*.

I volumi rappresentano un prezioso e gradito ricordo per chi ha preso parte al Congresso e costituiscono un'importante fonte di nozioni sulle ultime vedute in materia di medicina tropicale e di malaria. Le nubi che si addensano minacciosamente per il futuro fanno prevedere che per lungo tempo i rapporti internazionali non potranno più essere improntati alla cordialità che permetteva congressi di questo genere, in cui tutto il mondo si riuniva in una collaborazione fattiva per il progresso della scienza ed il bene dell'umanità.

fil.

F. WEYER. *Die Malaria-Ueberträger*. Un vol. in-8° di 141 pagg. con 15 figg. G. Thieme, Leipzig, 1939. Prezzo RM. 8,40 (25 % di sconto per l'estero).

Sono circa 160 le specie ben definite di Anofeli, con oltre 70 sottospecie e varietà. L'A., però, limita la sua trattazione a 70 specie, di cui 46 sono sicuramente vettrici di malaria, mentre 24 hanno importanza minore o non bene accertata.

Nei due capitoli introduttivi, l'A. presenta il problema nelle sue linee generali, specialmente in riguardo ai metodi di studio dei rapporti della fauna anofelica con la diffusione della malaria, alla antropofilia, alle abitudini di succhiamento, alla recettività per i plasmodi, all'adattamento di questi ai singoli vettori, all'indice naturale (proporzione di infetti negli anofeli liberi), l'indice sporozoitico, ecc.

In un capitolo successivo, elenca i paesi malarici di tutto il mondo, con i rispettivi anofeli vettori.

Passa poi alla descrizione delle singole specie, esponendone la diffusione, l'habitat, il comportamento e le abitudini degli adulti, il rapporto con la malaria.

L'anofele è qui considerato essenzialmente nella sua biologia in rapporto con la malaria, pur non trascurando i più salienti caratteri morfologici, di cui la descrizione è completa dalle belle figure. Il libro è presentato da due prefazioni di Mühlens e di E. Martini.

fil.

REGAMEY ROBERTO. *Les infections humaines a B. bipolaris septicus (Pasteurelloses)*. Editions Hans Huber, Berne, 1939, pag. 126.

È il più completo studio, per quanto a noi risulta, su un capitolo importantissimo di patologia infettiva e di batteriologia, quale è quello delle setticemie emorragiche, che sono dovute al batterio che porta il nome di Pasteurella o di *bacillus bipolaris septicus* di Flügge.

Questa polimorfa forma morbosa si osserva in tutti gli animali domestici e selvatici, mammiferi e uccelli, eccezionalmente nell'uomo, per cui il Rivalier e il Todorovitch diedero alla pasteurellosi umana l'attributo di « curiosità patologica »; ma la rarità della malattia come giustamente fa osservare l'A., a conclusione del suo lavoro, probabilmente è più apparente che reale, in quanto, non avendo una sua propria e specifica sintomatologia può ritenersi a tutt'oggi più che una curiosità patologica una « curiosità di laboratorio ». Curiosità questa che esaurientemente soddisfatta potrà, con ampie e sistematiche ricerche, dimostrare come sia tale forma morbosa più frequente di quanto tuttora si pensi.

Va rilevato a rendere anche più complicato il controllo clinico di queste setticemie, dovute alla Pasteurella e alle sue varietà, e che l'Hueppe qualificò come emorragiche, che i suoi sintomi più comuni ritenuti più caratteristici — emorragie, flogosi edematose, iperemia generalizzata, presenza dei batteri nel sangue —, possono riscontrarsi anche in altre forme infettive che prediligono gli animali. E nello stesso senso va anche tenuto conto che il batterio divenendo accidentalmente patogeno nell'uomo, subisce in esso tali trasformazioni da renderlo molto difficilmente identificabile.

Dopo uno studio morfologico, batteriologico, biologico, sierologico, epidemiologico, ecc. sul detto agente morbigeno, l'A. si occupa delle pasteurellosi sperimentali basate sulle sue personali ricerche, traendone un rimarchevole contributo alla letteratura sull'argomento. Ma uno studio su un argomento tanto incerto e discusso non poteva rimanere nel campo dell'analisi personale e dei suoi personali giudizi, ma doveva estendersi, come l'A. ha fatto allo studio critico della letteratura che lo riguarda, dopo aver sintetizzati, come punto di riferimento, i caratteri principali e complementari del batterio in esame, e riuniti i casi citati di pasteurellosi umana a gruppi di negativi, probabili, meno probabili e sicuri. Tra i meno probabili è ricordato un caso pubblicato in Italia dal Carpano M. nel 1917; tra i probabili un altro caso pubblicato dallo stesso nel 1926.

Chiude la interessante monografia, che raccomandiamo a tutti i cultori e studiosi di patologia delle malattie infettive, una critica sintetica che utilizza le ricerche meglio accertate per un orientamento della definizione della figura clinica dell'attività patogenetica e patologica del *B. bipolaris septicus*. G. M.

M. PAYET. *Dissociation antigénique des bacteries du groupe typho-paratyphique*. Un vol. in-8° di 147 pagg. L. Arnette, Paris, 1939.

Da qualche tempo, nel gruppo dei tifi-paratifi si sono venuti dissociando gli antigeni « O », « H », « Vi » e gli stipiti « R » ed « S », fatti d'importanza non soltanto teorica, ma anche pratica, sia per la riuscita della sieroreazione di agglutinazione, come per la preparazione di emulsioni vaccinanti.

L'A. col sussidio di una vasta bibliografia e sulla base di numerose ricerche personali, studia a fondo l'argomento, incominciando dall'impostazione del problema che si presenta, considerando la tecnica ed infine l'importanza pratica. Rileviamo che l'A., negli stipiti studiati, non ha mai trovato degli « O » puri, ma ha sempre veduto degli alti titoli di agglutinazione « H », sicchè la classica sieroreazione di Widal conserva tutto il suo valore. L'estrazione degli antigeni glucidolipidici rappresenta un grande progresso nello studio dei caratteri antigenici delle Salmonelle. L'A. ritiene inoltre che, per il successo della sieroterapia della tifoide è opportuno continuare gli studi sui sieri preparati a partire dagli antigeni « O » e « Vi ». *fil.*

I. PAFAR. *La tuberculose du cubaye*. Un vol. in-8° di 132 pagg. Masson et C.ie. Paris, 1939. Prezzo 30 fr.

La cavia tiene un posto di primo ordine nel laboratorio del batteriologo e del tisiologo, sicchè tutto quanto si riferisce alle sue abitudini, alla sua anatomia e fisio-patologia ha per essi grande importanza. Il batteriologo deve avere delle nozioni precise sulla curva normale del peso di tale animale, sulla sua temperatura, sulle infezioni spontanee a cui va soggetta, sul modo pratico di allevamento; mentre il tisiologo deve conoscere bene il problema della pseudotubercolosi e la grave questione del contagio di gabbia, nella tubercolosi spontanea della cavia.

Tutte nozioni che sono trattate in questo lavoro di Paraf, a cui Bezançon ha fatto una buona prefazione. Vi si trova inoltre uno studio di patologia sperimentale in cui, accanto alle forme classiche della tubercolosi, tipo Villemin, sono trattate anche le forme paucibacillari ad andamento lento, che gettano tanta luce sulla patologia umana. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medica della Libia.

Seduta del 15 ottobre 1939-XVII

Presidente: A. CIOTOLA.

Epidemiologia del tifo petecchiale.

CIOTOLA. — L'O. riferisce sulla epidemiologia del tifo petecchiale e sui risultati finora ottenuti con la vaccino-profilassi con il metodo di Weil i cui risultati possono considerarsi confortanti; si riserva ulteriori comunicazioni in proposito.

La sulfamide nelle malattie oculari.

CASATI. — L'O. ha esperimentato su vastissima scala preparati sulfamidici in forme acute oculari. Nella congiuntivite da Koch Weecks, i risultati non furono appariscenti mentre nelle congiuntiviti da streptococco di cui furono trattati oltre 400 casi e nella maggior parte con gravissime complicazioni corneali si ottenne al confronto con le comuni terapie una più rapida diminuzione della secrezione purulenta e celere scomparsa del bacillo.

I risultati più brillanti si sono notati però nelle complicanze corneali del tracoma (panni recenti e antichi, cheratiti tracomatose, ecc.). In taluni casi gli effetti della terapia furono rapidissimi e duraturi. Nel complesso nessun notevole inconveniente.

Il volo nella terapia della pertosse.

NASTASI e AZZARELLO. — Gli OO. hanno esperimentato la terapia del volo in quattro casi di pertosse ed hanno ottenuto in due casi risultati brillanti con immediata sospensione degli accessi, in un caso buon risultato essendo la tosse gradatamente diminuita sino a scomparire dopo una settimana, nel quarto caso invece risultato negativo. La quota raggiunta è stata tra i 2500 ed i 3600, l'ascesa rapida, la permanenza nella quota massima di pochi minuti; durata del volo in media di 30'; tutti i bambini hanno tollerato bene il volo, solo in un caso si è avuto accenno a collasso ed è stato uno dei due bambini nei quali la tosse è cessata di colpo. Gli OO. pensano che nella guarigione determinata del volò nei pertossici debba influire un fattore di cui per ora ci sfugge la natura, ma che agisce precipuamente sulla componente nervosa determinando la rapida cessazione degli accessi. Essi si propongono di indagare sulla natura di questo fattore, di precisare come rea-

giscono i pertossici a brusche variazioni di pressione anche al livello del mare, di stabilire quale valore possa avere la velocità ascensionale, la quota raggiunta e di studiare infine il comportamento dei bacilli di Bordet e Giungou prima, durante e dopo il volo.

Sulle recenti acquisizioni in tema di terapia anticomiziale.

Bravi. — Il 5-5 difenil-idantoinato di sodio è un derivato della glicolilurea, ad azione anticonvulsiva, modicamente ipnotica, introdotto nella pratica clinica nel 1938, in America sotto il nome di « Dilantin » ed in Europa sotto quello di « Epanutin ».

Viene applicato in quattordici casi di epilessia sintomatica, etiologicamente ben definita (da cerebropatia infantile, da craniotrauma grave, da neurolue, da eredolue, da meningoencefalite) in soggetti di razza diversa (italiani, arabi, israeliti, greci e meticci). L'esperimento è in corso, in sede clinica ed ambulatoria, e troppo breve è il tempo (quattro mesi) di applicazione per consentire conclusioni definitive; le deduzioni provvisorie a tutt'oggi, dopo un controllo accurato e sottile, sono le seguenti:

a) nelle forme gravissime (5) — modificazioni profonde ed estese del cortex e dell'encefalo, degenerazione epilettica della personalità, stato di male epilettico — si ottenne una prima fase (da 30 a 45 giorni) di reale e completa interruzione delle crisi, seguita da notevole rarefazione; la sospensione del farmaco contempla, a breve scadenza, la ripresa degli accessi; la somministrazione del medicamento arresta immediatamente le crisi. Da notare che il periodo d'interruzione supera notevolmente quelle raggiunto con gli anticonvulsivi sin'ora adottati;

b) nelle forme gravi (media gravità: 6), rarefazione notevolissima degli accessi, indubbiamente superiore a quella conseguita con gli altri preparati; un caso si dimostrò del tutto ribelle alla terapia;

c) nelle forme lievi (3), l'interruzione della crisi è stata completa sino ad oggi.

Le forme essenziali (2), comprese fra le precedenti (associate cioè a forma comiziale) hanno presentato rarefazione notevole, non scomparsa delle crisi.

Furono osservati inconvenienti solo in tre casi: soprattutto disturbi gastrici e lieve tremore alle estremità. Nessuna reazione cutanea, febbrile, atassica o diplopica, fra quelle citate da Merrit e Putnam.

L'osservazione continua per meglio definire, caso per caso, i reali e duraturi vantaggi, conseguiti col nuovo derivato della glicolilurea.

Neurolue nordafricana.

Bravi. — Proseguendo nell'analisi clinica della neurolue in terra d'Africa (iniziata nel giugno 1937), sono studiati singolarmente nove casi occorsi in questi due anni così ripartiti: sei mussulmani, un istraelita, un eritreo, una meticcia. Particolarmente interessanti i casi mussulmani: tre forme di demenza paralitica (varietà euforico-espansiva, una discussa), due di taboparalisi con atrofia dei nervi ottici, una forma di meningo-encefalomielite luetica; e l'unico caso in israelita, demenza paralitica, discussa.

Con la riserva che tale studio sarà ulteriormente proseguito, è pertanto possibile, entro certi limiti, riconoscere la presenza, prima non dimostrata, di neurolue gravissima (demenza paralitica, taboparalisi) in arabi libici, e persino, per quanto isolata e discussa, (genericamente rara nell'Africa Settentrionale), in israelita.

Bravi. Neurolue nordafricana. *III. Dementia praecox in soggetto luetico o dementia paralitica juvenilis eredoluetica (da una perizia psichiatrica)*

Incapacità di resistere a violenza carnale per debolezza mentale.

Bravi. — Interessante caso di una giovanetta con segni psicodeficitari, soprattutto qualificativi, di antica data, e lievemente dissociativi di data recente, nella quale s'imponeva la dignosi differenziale fra la « Propfebephrenie » (innesto schizofrenico su tronco psicodeficitario) e la fragilità mentale a tendenza schizoide. Sono particolarmente analizzate (come già in Benassi) le difficoltà pratiche di rendere perspicue al magistrato le manifestazioni deficitarie e dissociative, quando non raggiungano limiti sufficientemente evidenziabili e si rendano palesi soprattutto attraverso le sfumature dell'esame psicologico profondo.

L'indagine peritale ha offerto l'occasione di esperimentare i narcotici rivelatori (nella fattispecie l'Evipan sodico) a scopo medico legale: l'esperimento, relativamente raro nella letteratura, ed ancor più raro se si consideri l'aspetto deleologico del caso in esame, ha dato esito felice, al termine anzichè all'inizio della narcosi (periodo del risveglio).

È discussa l'opportunità dell'uso (d'altro canto fallace) di tali mezzi rivelatori e s'insiste sul problema etico (metodologico: scuola del Benassi), che tale uso comporta.

Il segretario: A. Nastasi

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Fattori ambientali nell'artrite reumatoide. Studio del rapporto fra l'inizio e l'esacerbazione dell'artrite e i fattori emozionali o ambientali.

L'artrite reumatoide è una malattia cronica ad etiologia ignota, che non rispetta nè età, nè sesso, nè razza, nè condizione sociale, sebbene colpisca le donne più degli uomini, i bianchi più dei negri, i poveri più dei ricchi. Oltre all'interessamento articolare, che per lo più è simmetrico e colpisce prima le piccole articolazioni, i pazienti si lamentano di sintomi costituzionali, vasomotori e neurologici. Questi sintomi spesso precedono quelli a carico dello scheletro e persistono per tutta la durata della malattia.

La malattia può procedere senza soste fino alla fine come avere delle remissioni di durata e intensità varie.

Molte teorie hanno cercato di spiegare l'artrite reumatoide. Ci sono molti argomenti per supporre che vari siano i fattori che possono predisporre all'attacco di artrite reumatoide. La maggioranza degli studiosi ritiene, senza averne la prova sicura, che lo streptococco emolitico abbia importanza notevole e che l'infezione delle vie respiratorie alte preceda l'inizio o le esacerbazioni della malattia.

Prima della teoria infettiva aveva molti aderenti quella nervosa, secondo la quale la malattia dipende da alterazioni del sistema nervoso centrale o da shock emotivo.

S. Cobb, W. Bauer e I. Whiting (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 19 agosto 1939) esaminarono accuratamente 300 casi di artrite reumatoide e 50 li studiarono anche dal punto di vista psichiatrico. In 31 casi era evidente un nesso almeno cronologico fra i guai della vita e l'artrite, in 12 questo nesso era dubbio e in 7 non c'era nessun nesso. Questo studio merita di essere proseguito. L.

La terapia delle malattie reumatiche nell'infanzia.

E. Hässler (*Deut. med. Wschr.*, 1939, n. 20) osserva l'importanza essenziale di rivolgere dapprima l'attenzione ai possibili focolai (tonsille, denti, cavità nasali accessorie). Il trattamento delle tonsille deve essere operatorio e possibilmente radicale; la semplice tonsillotomia è assolutamente inefficace e così pure l'irradiazione roentgen profonda, poichè gli zaffi di pus nelle cripte profonde non vengono influenzati.

In tutti i casi di malattie reumatiche, è assolutamente necessario il completo riposo in letto; l'alimentazione deve essere povera di proteine e ricca in vitamine; nei gravi disturbi cardiaci, potrà servire bene da scarico una dieta crudista. Fra i medicamenti, viene in prima linea secondo l'A. il piramidone, da somministrarsi a dosi relativamente elevate: 30 cg., 4-5 volte al giorno; essendo esso molto ben sopportato, la terapia può continuarsi per settimane e mesi. Contro i dolori forti, l'A. consiglia delle specialità.

Possono agire bene le trasfusioni di sangue, che vanno però evitate quando vi siano concomitanti dei gravi vizi cardiaci, a causa del pericolo di embolismo. Nello scompenso cardiaco, vale la strofantina; per una terapia di lunga durata, preferire i preparati di scilla alla digitale. La corea si tratta con calmanti (bromo, luminal); utile è nei casi lievi accompagnarvi una cura arsenicale, con liquore del Fowler.

È stata tentata la stimoloterapia; qualche risultato si è ottenuto con la piretoterapia mediante il pyrifer; il miglioramento più rapido si ottiene provocando un esantema mediante il nirvanol; ma tale metodo va fatto soltanto sotto continuo controllo clinico, a causa dei danni che esso può dare all'apparato emopoietico; meno pericolosa sarebbe la provocazione di un esantema aurico, con una forma di crisoterapia.

Tutti i malati di reumatismo, specialmente se vi sono complicazioni cardiache, vanno tenuti per un anno come convalescenti e sorvegliati; i vizi cardiaci compensati non devono, poi, venire esageratamente allontanati da ogni attività fisica e sportiva. *fil.*

La terapia di » shock » nella febbre tifoide.

Il metodo, consistente nell'iniezione endovenosa di un vaccino colibacillare, è stato sperimentato alla Clinica medica di Bratislava. Ne riferisce i risultati favorevoli M. Netousek (*Ann. de méd.*, giugno 1939). Il vaccino è preparato partendo da una coltura in brodo di *B. coli*, tenuto poi per 5 ore a 60°; dopo controllo della sterilità, vi si aggiunge una soluzione di blu di metilene al 3 % in alcool; un eventuale ulteriore inquinamento con microbi dell'aria viene rivelato dalla decolorazione del mezzo. Si praticano poi le diluizioni a 1/20; 1/10; 1/5; 2/5; nel caso si volesse fare la V iniezione, si usa il vaccino puro.

Le iniezioni si fanno ogni due giorni, precedute da una di coramina.

La reazione è violentissima: dopo mezz'ora, si ha brivido e la temperatura sale a 41°-42°; durante tale periodo, il malato va sorvegliato e lo si forza a bere del tè caldo (almeno 300 cmc.) con del cognac, altrimenti si ha defervescenza lenta ed incompleta. Passato il periodo del brivido, si cessano le bevande calde, si prende la temperatura ogni 10 minuti e si fanno degli impacchi a 14°-16° fino a che la temperatura non sia scesa a 30°. Allora, dopo

2-3 ore incominciano i sudori profusi, con abbassamento critico della temperatura a 37° ed anche 36°, con una euforia che fa meraviglia.

Nel 15 % dei casi, la prima iniezione segna il principio della convalescenza; negli altri, bisogna continuare le iniezioni fino alla quinta.

Controindicazioni: 1) forme ipertermiche, atasso-adinamiche ed adinamiche; nella statistica dell' A. però, anche in tali casi, si è avuto un certo successo (4 morti su 7 casi; in quelli non trattati, 11 morti su 11 casi); 2) nelle forme gravi e complicate; 3) negli individui oltre i 60 anni; 4) nelle tifoidi allo stato di declino ed in qualche altro caso, in cui il criterio clinico controindichi una cura così energica.

Nel complesso dei casi, il successo della cura si manifesta con la diminuzione della mortalità dal 13,2 % al 5,5 %. È poi sensibile la riduzione del periodo di degenza ospedaliera; in generale, il periodo febbrile si abbrevia di 6-8 giorni, ma in alcuni casi, i malati poterono abbandonare l'ospedale dopo la prima iniezione. Le complicazioni vengono ridotte ad un terzo in confronto dei non trattati. Nel trattamento, entra molto in gioco la personalità del malato; l'ipervagotonia accentua lo « shock », mentre l'ipovagotonia lo attenua; di ciò deve tener conto il clinico nell'applicazione della cura. *fil.*

MEDICINA PREVENTIVA

La prevenzione del tetano.

L. Bazy (*Journal traumatologie e maladies professionnelles*, luglio 1939) osserva che il miglior metodo per eliminare il rischio del tetano è quello di diffondere la vaccinazione antitetanica, tanto più che questa si può associare senz'altro alla vaccinazione antidifterica o antitifosa. Oramai una larga esperienza ha dimostrato che l'anatossina tetanica conferisce un'immunità sufficientemente duratura, e che in ogni modo si potrà ravvivare dopo due anni con una nuova iniezione.

Le iniezioni di anatossina tetanica si possono praticare, come si è detto, simultaneamente alle iniezioni per la vaccinazione antidifterica ed antitifosa e in commercio si trovano già preparati vaccini misti in unica fiala, oppure si possono praticare negli individui feriti come preventivo immediato allo stesso modo che si praticano le iniezioni di siero antitetanico.

Nei feriti già vaccinati sarà sufficiente una sola iniezione che ravviva il potere di resistenza dell'organismo, mentre nei feriti non vaccinati occorre praticare al più presto possibile un'iniezione di un cmc. di anatossina e a distanza di un quarto d'ora ed anche più tardi fino a 48 ore praticare un'iniezione di siero antitetanico con un minimo di 3000 unità. I soggetti sono così garantiti contro i rischi immediati, e con due altre iniezioni di anatossina con tre settimane di intervallo acquistano un'immunità della durata di due anni almeno. DR.

TECNICA MEDICA.

Cloridrato di cisteina come anticoagulante per uso clinico.

Molte ricerche sono state fatte nelle malattie emorragiche, mentre poca attenzione si è rivolta all'eccessiva tendenza del sangue a coagulare. Certamente queste condizioni di ipercoagulabilità esistono e anche sperimentalmente Flexner, Mills e altri hanno dimostrato la trombosi in vasi normali provocata mediante iniezioni di proteine eterogenee o estratti di organi. Lo stesso ottennero Kusama con iniezioni di svariate sostanze, Stuber e Lang con esposizione a diossido di carbonio, Meyer con esposizione a monossido di carbonio.

Esempi clinici si hanno nella tromboflebite della gravidanza e dopo operazioni chirurgiche, nella trombosi spontanea della retina dei giovani, nella trombofilia, nella policitemia, Anche la sclerosi multipla e alcune forme di encefalite sono risultato di trombosi di piccoli vasi cerebrali.

Per evitare la coagulazione del sangue si usarono sperimentalmente l'irudina, l'eparina, l'acido citrico e in clinica il citrato di sodio, il tiosolfato di sodio, l'eparina.

T. J. Putnam e P. F. A. Hoefer (*The Amer. Journ. of the Medic. Sciences*, ottobre 1939), partendo dalle osservazioni di Sternez e Medes sull'azione antiprotrombinica del cloridrato di cisteina, usarono questa sostanza per ricerche sperimentali e per casi clinici. Essi trovarono che, usata per bocca mediante sonda gastrica, essa aumenta il tempo di coagulazione dal 25 al 100 % in tutti gli esperimenti fatti. Usata in malati di sclerosi multipla alla dose di 3 gr. al giorno per molti mesi non osservarono disturbi e in 17 sui 23 casi studiati ebbero aumento del tempo di coagulazione dal 30 al 90 %.

Per questo essi ne consigliano l'uso. L.

MEDICINA SCIENTIFICA

Azione dell'antigene glucido-lipidico del b. di Shiga sul potere battericida del siero fresco di coniglio.

P. Thibault (*Ann. Inst. Pasteur*, novembre 1939), partendo dalla conoscenza che l'aggiunta del polisaccaride specifico d'un tipo di pneumococco alla miscela di siero e di leucociti s'oppone specificamente alla fagocitosi dei pneumococchi dello stesso tipo, si propose di indagare se un'azione inibente analoga

potesse essere attribuita all'antigene glucido-lipidico che si può estrarre, secondo la tecnica di Boivin e collaboratori, dai germi gram negativi. In realtà, un'evidente inibizione del potere battericida del sangue verso il b. di Shiga fu dimostrata unendo anche in piccola quantità l'antigene glucido-lipidico ottenuto dal b. di Shiga al sangue defibrinato. Per produrre tale inibizione occorre una quantità di antigene entro certi limiti variabile da un animale all'altro, ed anche nel tempo per uno stesso animale. La caduta del potere battericida ottenibile a mezzo dell'antigene glucido-lipidico si dimostra strettamente specifica; l'azione inibitrice specifica dell'antigene può però essere neutralizzata da una quantità di siero anti-antigene glucido-lipidico tale che non contenga nè un eccesso d'anticorpi nè anticorpi insufficienti.

Questi risultati aprono una via di indagine che può portare forse ad interpretazioni nuove ed interessanti delle modificazioni osservate nel potere battericida del sangue, sopratutto verso i germi del gruppo tifo-paratifi, in condizioni diverse immunitarie. F. MAGRASSI.

VARIA

Simulazione e provocazione di malattie e lesioni.

Con il ritorno della guerra, si ripresentano anche le possibilità di simulazioni, che costituirono un lato vergognoso nell'ultima guerra. Se ne occupa ora un lituano, K. Buinewitsch, in un lavoro recensito in *Med. Klinik* dell'8 dicembre 1939. In qualche caso, il simulatore non esita a spararsi un colpo di fucile in qualche parte del corpo non vitale e, per evitare delle ustioni cutanee che dimostrerebbero il colpo tirato a bruciapelo, spara con l'intermedio di una crosta di pane o di una sottile assicella. Qualche volta viene simulata una ferita trasfusa del torace, sparando attraverso una piega cutanea, per cui si hanno i fori di entrata e di uscita, ma il polmone rimane naturalmente integro.

Si provocano e si mantengono ulceri cutanee, con l'applicazione di sostanze caustiche, flemmoni con l'introduzione sottocutanea di olio di trementina o di petrolio; l'introduzione di tali sostanze nelle cavità articolari porta a lesioni profonde e permanenti. Con l'iniezione di oli o di paraffina sotto la cute, vengono simulati dei tumori.

Si provocano anche delle ernie inguinali artificiali allargando l'aponeurosi con le dita o con uno strumento analogo all'allargaguanti; il dito esploratore arriva, attraverso la larga apertura, nella cavità addominale, ma l'ernia rimane molto alta.

Si provocano prolassi rettali, introducendo nel retto un sacchetto con piselli o fagiuoli; quando questi sono rigonfiati, si estrae con violenza il sacco, per cui ne risulta un prolasso della mucosa, che viene poi mantenuto con sforzi di pressione.

Il reumatismo viene simulato, rimanendo in letto a lungo, con le gambe rattratte ed accusando i relativi dolori; la distensione sotto narcosi rivela il trucco. Vengono pure simulati il sordomutismo e la balbuzie, che si smascherano con la narcosi, durante la quale viene la parola spontanea. Spesso simulati sono gli attacchi epilettici.

Le bronchiti vengono provocate con l'aspirazione di sostanze irritanti e caustiche; è assai sospetta la comparsa simultanea di un buon numero di questi « bronchitici » di buona costituzione e durante il buon tempo. Palpitazioni, con tachicardia ed anche rumori cardiaci sono provocati con l'uso smodato di caffè forte, tè, tabacco, ma specialmente fumando delle sigarette di tè. Con fregagioni cutanee di unguento grigio nella regione apicale, viene simulata anche radiologicamente una lesione polmonare.

Si simula la tubercolosi polmonare e l'emottisi persino con l'introdurre in bocca lo sputo di pazienti con reperto positivo.

Glicosurie ed albuminurie vengono simulate con l'introduzione endovescicale di glucosio ed albumina. Si provocano anemie o pallore con l'uso di veleni emolitici, con l'ingestione di aceto, o con introduzione di aglio nel retto.

Per provocare edemi alle estremità, si stringono queste con fascie larghe che non lasciano traccia e battendo con corpi molli, come la mano o dei sacchetti di sabbia; si ottengono così degli edemi duri e persistenti.

fil.

Data di fondazione delle principali Università d'Europa.

La data di fondazione delle principali Università d'Europa è la seguente: Bologna 1088; Parigi 1180; Valenza 1209; Oxford 1219; Napoli 1223; Padova 1224; Tolosa 1229; Pisa 1233; Salamanca 1239; Roma 1245; Cambridge 1257; Perugia 1275; Coimbra 1278; Montpellier 1284; Firenze 1338; Praga 1348; Pavia 1361; Siena 1380; Colonia 1385; Heidelberg 1385; Palermo 1394; Torino 1405; Lipsia 1409; Glasgow 1450; Tubinga 1477; Wittenberg 1502; Koenigsberg 1514; Jena 1558; Edimburgo 1582; Halle 1694; Gottinga 1735; Berlino 1810; Bonn 1818; Londra 1928. A. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

G. COSENTINO. *La reazione di Weltmann (siero-coagulazione) nei fratturati*. Arch. Ital. Medic. Spe- Torino 1939.

ID. *Comportamento del glutatione ematico nell'occlusione intestinale acuta sperimentale*. Tip. Cuggiani. Roma 1939.

LE PAGINE DELLO SPECIALISTA

APPUNTI DI TERAPIA DERMATOLOGICA

Ulcera cronica della vulva.

Ricordi clinici. — Si osserva per solito nelle vecchie prostitute. È una ulcerazione più o meno estesa a margini callosi con sede di preferenza alla forchetta della vulva. È di natura cronicissima. Pare sia una manifestazione della linfogranulomatosi inguinale benigna (malattia di Nicolas e Favre).

Terapia. — Causticare la ulcerazione con ripetute toccature di cloruro di zinco in soluzione:

Pr.		
Pr.	Cloruro di zinco	gr. 25
	Acido cloridrico	» 6
	Acqua distillata	» 25

quindi, distaccata la escara, cospargere con iodoformio. Oltre alla causticazione chimica con il cloruro di zinco, si può ricorrere anche con vantaggio alla coagulazione elettrica.

Eritema pernio (geloni).

Ricordi clinici. — L'eritema pernio compare nella stagione invernale, e predilige i giovani. Si localizza di preferenza alle mani ed ai piedi, e più di rado al naso, al padiglione delle orecchie.

Tumefazione della pelle di color rosso-scuro, bluastro, fredda al tatto. Peggiorando si possono formare delle ragadi, delle flittene con successive ulcerazioni suppuranti.

Terapia esterna. — Tenere calde ed al riparo del freddo le parti affette da eritema pernio.

Tutte le sere fare maniluvi o pediluvi in un decotto caldo di foglie di noce o di eucaliptus o in una soluzione calda di allume (un cucchiaio in una catinella). Asciugare, fare un buon massaggio con alcool e coprire le parti ammalate con le seguenti pomate:

Pr.	Vaselina	gr. 60
	Lanolina	» 40
	Tannino	» 10
	Resorcina	» 2
	Ittiolo	» 5

oppure:

Pr.	Tannino	gr. 4
	Acido borico	» 2
	Balsamo del Perù	» 15
	Lanolina	» 20
	Glicerolato d'amido	» 70

quindi mettersi a letto con guanti o calze di lana.

Se vi sono ragadi od ulcerazioni toccare con nitrato di argento al 2-5 %, e fare impacchi con acqua di Burow:

Pr.	Allume	gr. 5
	Acetato di piombo	» 25
	Acqua	» 300

ed appena rimarginate le ragadi e le ulcerazioni ritornare alla terapia di prima.

Terapia interna. — Somministrare del calcio per via endovenosa, dell'arsenico, dell'olio di fegato di merluzzo, del fosforo.

Tubercolosi verrucosa.

Ricordi clinici. — Per solito alle mani sotto forma di rilievi verrucosi di grandezza varia. Spremendo fra due dita questi rilievi, si vede uscire tra le digitazioni della verrucosità delle piccole goccie di pus. Questa tubercolosi cutanea è dovuta alla inoculazione di bacilli in persone che maneggiano materiale infetto (anatomici, macellai, lavandaie, ecc.).

Terapia. — Asportare la parte malata mediante cucchiaio tagliente, previa anestesia, quindi causticare abbondantemente con nitrato di argento in cannello o col calore (galvanocauterio, Paquelin). La elettrocoagulazione è anche ottima.

Granulosis rubra nasi.

Ricordi clinici. — Sulla punta del naso si osserva sudorazione abbondante. La cute è qui rossa e cosparsa di piccoli noduli rossi.

Terapia. — Miglior rimedio è la neve carbonica. Se la dermatosi fosse molto ostinata usare i raggi Röntgen.

Calcinosi cutanea.

Ricordi clinici. — Nel connettivo sottocutaneo, specialmente delle dita, si fanno depositi di sali di calcio, che si avvertono come noduli duri della grandezza di un pisello. Talvolta, in altre sedi, possono essere più estesi.

Terapia. — Questi noduli non sono di solito dolenti e perciò non viene richiesta alcuna terapia. Unico rimedio è la asportazione chirurgica.

Lipoma.

Ricordi clinici. — Tumori sottocutanei di consistenza molle, pastosa, pseudo fluttuanti talvolta. La cute soprastante è normale. Il loro volume varia da quello di un pisello ad un mandarino. Il loro numero può essere grande. Non sono dolenti.

Terapia. — L'unica terapia efficace è la chirurgica.

Mioma.

Ricordi clinici. — I miomi sono dei rilievi tumorali superficiali della grandezza di un pisello o poco più, duri al tatto, di colorito roseo, talvolta dolenti, e spesso molto numerosi. Sono costituiti da un intreccio di fibre muscolari liscie.

Terapia. — Distruggerli con la elettrocoagulazione. Da preferirsi però la asportazione chirurgica.

Prof. P. A. MEINERI
Direttore Ospedale S. Gallicano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Condotte mediche.

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Alessandria, 12 condotte di cui 2 nel capol.; scad. ore 18 dell'1 aprile.

Padova 12 condotte; scad. 31 marzo;

Ravenna, 1 condotta;

Rovigo, 6 condotte; scad. ore 12 del 30 marzo;

Trieste, 2 condotte di cui 1 nel capol.; scad. ore 18 del 20 marzo.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

Ospedali

Le scadenze di tutti i concorsi ospedalieri sono prorogate al 31 marzo.

APUANIA. *Consorzio prov. antituberc.* — Direttore; scad. 15 marzo, ore 16; periodo di prova 5 anni con disdetta 3 anni prima; stip. L. 18.000 e 3 quinquenni dec.; titoli ed esami; età limite 45 anni al 15 marzo.

CHIARI (*Brescia*) *Ospedale Mellini.* — Il concorso a medico chirurgo assistente nella Divisione chirurgica è stato sospeso.

FABRIANO (*Ancona*). *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; proroga a tutto il 31 marzo.

GENOVA. *Ospedali Civili.* — Il concorso ad aiuto specialista in radiologia e terapia fisica, già prorogato una prima volta, è nuovamente prorogato al 31 marzo.

GORIZIA. *Consorzio prov. antituberc.* — Medico aiuto presso il Dispensario prov. « Regina Elena » e medici direttori di tre Sezioni Dispensariali della Provincia; titoli ed esami; scad. 1° aprile ore 18; periodo di prova 2 anni con disdetta 6 mesi prima; stipendi rispett. L. 11.500 e L. 10.000 con 5 quadrienni dec.; età limite 40 a. al 31 dic.

MESTRE (*Venezia*). *Ospedale Civile.* — Due assistenti medico-chirurgi; proroga al 31 marzo, ore 12.

NOCERA INFERIORE (*Salerno*) - *Ospedale Psichiatrico Vittorio Eman. II.* — Direttore sanitario; titoli scentifici e pratici; scad. 19 febbr., ore 15; stip. L. 21.000 aumentabili a L. 23.000, oltre supplem. serv. att. L. 7000; indenn. carica L. 4500; età limite 35 a.

PAVIA. *Consorzio prov. antituberc.* — Medico dispensariale; scad. 15 febbr.; stip. L. 8000; indenn. serv. att. L. 2000.

REGGIO EMILIA. *Istituto Psichiatrico di San Lazzaro.* — Medico assistente; titoli; stip. L. 16.000 aumentabili, indenn. suppletiva L. 4000, c.-v.; età limite 40 a. Scad. ore 18 del 20 marzo.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Con decreto ministeriale 31 ottobre 1939, pubblicato sulla « Gazzetta Ufficiale » n. 284 del 7 dicembre 1939, è stato indetto nei ruoli del servizio permanente effettivo del R. Esercito, un concorso per titoli ed esami, a 81 posti di tenente medico. Le domande dei concorrenti, corredate da tutti i documenti prescritti, dovranno esser presentate non oltre il 5 febbraio.

ROMA. *Governatorato.* — Concorso per 27 posti di medico condotto nell'Agro romano e Suburbio; L. 13.992 aumentabili a L. 18.480 dopo 24 anni di effettivo servizio; indenn. serv. att. lire 1892 aumentabili; mezzi trasp. L. 1500 e L. 5050. Scadenza ore dodici del 31 marzo.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — N. 45 posti di medico chirurgo; per esami; stip. L. 6283,80; età limite 30 a. al 31 dic. Scadenza ore dodici del 1° marzo.

ROVIGO. *R. Prefettura.* — Assistente presso la sez. med. micrograf. del Labor. prov. d'igiene e profilassi; L. 12.000 oltre L. 1000 indenn. carica; indenn. transferta, c. v., premio di operosità; sono escluse le donne; scad. ore 12 del 30 marzo.

TRIPOLI. *R. Prefettura.* È stato bandito, in data 31 dicembre, un concorso per titoli ed esami a medici condotti di Suk-El-Gimma, Tagiuro, Gasr Garabulli, Giordani e Micca.

Concorsi a premi.

Per il centenario delle cure di Salsomaggiore

La presidente dell'Associazione Nazionale Fascista delle Dottoresse in Medicina e Chirurgia comunica che il concorso per il Centenario di Salsomaggiore bandito nel 1939 scadrà definitivamente il 31 marzo 1940-XVIII. Al concorso di un premio di L. 3000 (tremila) per il miglior lavoro di raccolta o preferibilmente sperimentale sul tema « Le cure termali in genere in ispecie le cure termali di Salsomaggiore nella prima infanzia dalla nascita al 5° anno di vita » possono partecipare le dottoresse italiane inscritte al P.N.F. e all'Associazione.

La commissione giudicatrice sarà nominata dalla Gestione delle R.R. Terme la quale acquisterà la proprietà del lavoro premiato e ne curerà la pubblicazione. La Gestione delle R.R. Terme mette anche a disposizione la quantità d'acqua salsoiodica o madre necessaria per le prove sperimentali.

Per le informazioni rivolgersi all'« Ufficio Propaganda R.R. Terme Salsomaggiore » o alla dott. prof. Myra Carcupino Ferrari, Salsomaggiore.

Il Lavoro dovrà essere inviato in tre copie dattilografate contrassegnate da un motto alla dott. prof. Carcupino Ferrari, Salsomaggiore.

Problema demografico e politica della razza

Presso la R. Università di Pavia è istituito un premio biennale di L. 2000 (duemila), reddito di L. 20.000 rendita 5 % offerte dal prof. Prassitele Piccinini per onorare la memoria della propria madre Elide Piccinini Stramezzi, al cui nome il premio sarà intitolato; e che sarà assegnato al miglior contributo inedito su argomento attinente al problema demografico ed alla politica della razza.

Al Concorso biennale per detto premio potranno partecipare tutti i laureati da non oltre due anni in una delle Facoltà della R. Università di Pavia, e la aggiudicazione sarà fatta da una Com-

missione presieduta dal Rettore e nella quale saranno rappresentate le Facoltà di Medicina e Chirurgia, Giurisprudenza, Scienze politiche e Scienze fisiche-naturali.

Appena ottenute le autorizzazioni di legge, il Rettore Magnifico prof. Carlo Vercesi bandirà il primo Concorso per questo premio che riguarda studi del più alto interesse nazionale.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il trasferimento del prof. Giovanni Zanda dalla cattedra di Farmacologia della R. Università di Cagliari a quella di Genova è revocato.

Il prof. Girolamo Orestano, straordinario di Farmacologia nella R. Università di Catania, è stato trasferito a quella di Genova.

S. M. il Re Imperatore, con Decreto *motu proprio*, ha nominato Grande Ufficiale dell'Ordine della Corona d'Italia il comm. prof. Remo Monteleone. Cordiali rallegramenti all'insigne studioso e nostro amico.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Messina

La prolusione del prof. Bossa.

Il 16 genn. ha avuto luogo la prolusione del prof. Guido Bossa, nuovo titolare della Clinica Medica Generale di Messina. L'aula era gremita di medici e studenti tra i quali molti venuti da Napoli insieme col prof. sen. Luigi D'Amato, alla cui scuola fu per quindici anni il Bossa. Tra le autorità erano, oltre S. E. il prefetto Ciampani, S. E. Giglio, primo presidente della Corte d'Appello, il sen. Vinci, il Rettore prof. Maggiore e tutti i componenti della Facoltà.

L'oratore ha trattato il tema: « La cardiologia nella clinica medica moderna » con parola precisa, dotta, ha profilati i vari problemi connessi con l'aumento in tutto il mondo della morbosità per malattie dell'apparato circolatorio analizzando i dati statistici in una nuova luce che ci discopre lati insospettati e ci è di prezioso aiuto per la risoluzione dei vari quesiti diagnostici e curativi.

Il Bossa ha altresì illustrato gli aspetti sociali della questione mettendo in evidenza quanto ha fatto il Regime in altri campi, ad esempio in quello della lotta antitubercolare; quest'opera assume un significato politico e scientifico che sarà di fecondo esempio anche per altri gruppi di malattie sociali. L'oratore poi ha trattato del grande, indispensabile ausilio che porta alla diagnostica fisica tradizionale, l'applicazione dell'elettrocardiografo, concludendo con una disamina quanto mai efficace e istruttiva delle acquisizioni nuovissime (fra le quali quelle riguardanti i recenti metodi radiografici) che scaturiscono dal progresso della ricerca clinica per una razionale cura e prevenzione dei disturbi e delle vere e proprie malattie dell'apparato circolatorio.

Con la nomina del prof. Guido Bossa si continua degnamente la nobile tradizione della gloriosa scuola medica napoletana; e nessun motivo di orgoglio può essere maggiore per un maestro insigne che vedere insediato nella cattedra già sua uno degli allievi più fedeli e pronti a cogliere ed aumentare i « nuovi veri » che la scienza conquista. G. A.

NOTIZIE DIVERSE

Lavori pubblici di carattere igienico-sociale.

Tra i provvedimenti emanati dal Consiglio dei Ministri, assumono particolare carattere, in tema di lavori pubblici, per l'importanza delle somme stanziate e per il valore morale e materiale delle opere da effettuare, le due assegnazioni finanziarie importanti una spesa complessiva di poco meno di mezzo miliardo di lire, destinate all'esecuzione di opere urgenti di pubblica utilità in numerose province particolarmente bisognose di case per il popolo e di lavori a carattere igienico-sociale.

Una di queste due assegnazioni, di trecento milioni, è destinata alla costruzione di case popolari in Roma. L'azione del Ministero dei Lavori Pubblici tende a dotare l'Urbe, la cui popolazione è in continuo accrescimento, di un fortissimo contingente di nuovi alloggi per tutte le classi sociali, essendo in progetto la costruzione non solo di case popolari per una media di quattro mila alloggi all'anno, ma anche di case « convenzionate » per una media di 500 all'anno, mentre i massimi istituti potranno dal canto loro fornire una media di circa altri mille appartamenti all'anno destinati ai ceti medi della popolazione.

L'altra assegnazione straordinaria, di lire 139 milioni e 500.000, è destinata all'esecuzione di un complesso di lavori nelle province di Nuoro, Cagliari, Palermo, Agrigento, Trapani, Ravenna, Udine, Rieti, Napoli, Lucca, Alessandria, Imperia, Campobasso e Roma riguardanti in particolare la costruzione di acquedotti, fognature e ospedali, il risanamento di abitati e la costruzione di case popolarissime. Lire 18.900.000 sono assegnate a Udine quale concorso dello Stato per la costruzione dell'acquedotto, della fognatura e dell'ospedale, e per il risanamento dell'abitato. Alla Sardegna sono assegnate L. 34.600.000, di cui dieci milioni e mezzo a Cagliari quale concorso dello Stato per l'ampliamento e la sistemazione degli Ospedali Riuniti, e lire 24.100.000 a Nuoro per opere edilizie e igieniche varie, tra cui l'acquedotto, la fognatura, il mattatoio, bagni pubblici. Alla provincia di Campobasso andrà una somma di 7 milioni a favore del completamento dell'acquedotto consorziale dei comuni di Ururi, Portocannone, S. Martino in Pensilis, Larino, Campomarino e Termoli. E così via.

Congressi e convegni.

Il Comitato organizzatore del 2° Congresso internazionale della Federazione latina delle Società d'eugenica ha rimandato questo congresso fino a nuovo ordine, a causa degli avvenimenti internazionali. Il segretario generale, prof. G. H. Constantinescu, direttore generale dell'Istituto nazionale zootecnico della Romania continua ad attendere all'organizzazione e si tiene a contatto con i membri che hanno annunziato la loro partecipazione. Indirizzo: Str. Dr Staicovei n. 63, Bucuresti-VI, Romania.

La Società tedesca per la medicina interna convoca la sua 52ª riunione per i giorni 6-8 maggio, a Wiesbaden, sotto la presidenza del prof. Dietlen. Temi: « Circolazione e respirazione », « Inizio di malattie sotto l'influenza del mondo

esterno », « La febbre da fango », « Trasfusione e conservazione del sangue », « Patogenesi e classificazione delle anemie ». Al congresso sarà unita una mostra. Per informazioni rivolgersi al prof. Dietlen, che temporaneamente è addetto ad un ospedale militare (Reserve-Lazarett, Bad Kreuznach, Germania).

L'8° Congresso scentifico americano è indetto a Washington dal 10 al 18 maggio, sotto gli auspici del Governo degli Stati Uniti. Tra le sue sezioni sono le seguenti; sanità pubblica e medicina; scienze antropologiche; scienze biologiche.

Il 53° Congresso della Società francese di oftalmologia è convocato a Parigi per il 24 e il 25 maggio. Il prof. Danis, di Bruxelles, presenterà una relazione su « Gli aspetti normali e le anomalie congenite del fondo dell'occhio ». Per informazioni rivolgersi al segretario generale dott. Mericot de Treigny, square de Latour-Maubourg n. 1, Paris VII.

Progressi sanitari realizzati in A. O. I.

Ha fatto ritorno dall'Africa Orientale la missione scientifico-sanitaria, che si è recata nelle terre dell'Impero per compiere alcuni studi sulle malattie tropicali e, soprattutto, per poter compilare una nosografia delle malattie che sono proprie del territorio sottoposto al dominio italiano.

La missione, che era presieduta dal prof. Igino Jacono, direttore della Clinica delle malattie tropicali di Napoli, e composta dal parassitologo prof. Giaquinto e dal dott. Bucco, ha lavorato oltre 3 mesi, visitanto varie regioni particolarmente interessanti sotto il profilo sanitario e raccogliendo ampio materiale documentario, grazie anche all'eccellente organizzazione esistente ora in Etiopia, ove in molti centri si eseguono studi accuratissimi e minuziosi sul comportamento di talune malattie. Di tutto quanto rilevato e osservato, il prof. Jacono ha approntato un'ampia relazione che sarà quanto prima sottoposta al Ministero degli Interni.

Interrogato sui rilievi effettuati, il prof. Jacono ha dichiarato che le condizioni sanitarie dell'Impero, le quali erano le peggiori possibili sotto la dominazione abissina, sono ora straordinariamente migliorate per effetto della profilassi, della bonifica e della propaganda igienica.

La lotta contro la malaria ha conseguito progressi confortantissimi e procede con ampi mezzi. Risultati non meno concreti e importanti sono stati raggiunti dalla profilassi antivaiolosa e da quella contro il dermotifo: apposite carovane motorizzate procedono, infatti, alla vaccinazione di migliaia di persone con eccellente successo. Di notevole rilievo è, inoltre, l'azione scientifica e pratica dell'Istituto per lo studio della rickettiosi, che procede, oltre tutto, alla preparazione dei vaccini, adattandoli ai singoli soggetti.

Il prof. Jacono ha, infine, assicurato che le condizioni sanitarie dei nuclei metropolitani sono ottime sotto ogni profilo.

Il " treno-bagno ,, per l'igiene delle truppe.

Da poche settimane è in circolazione, sulle ferrovie della Riviera di ponente, il « treno-bagno » istituito recentemente dal Ministero della guerra per l'igiene dei soldati accantonati in zone dove è poca disponibilità di acqua. Il treno è affidato al 6° Genio Ferrovieri di Torino ed è composto di un locomotore, di una locomotiva per il riscaldamento dell'acqua, di 2 carri-serbatoi, 2 carri con 10 apparecchi docce ciascuno, 1 carro spogliatoio-disinfezione e 1 carro per la vestizione. L'innovazione è stata accolta dalle nostre truppe col più vivo favore.

Notizie sanitarie di guerra.

La Croce Rossa Svedese ha allestito numerose ambulanze da 100 letti per la Finlandia; inoltre ha fornito medici e personale ausiliario.

La Croce Rossa Danese ha preparato una spedizione di 100 medici e 200 infermiere per la Finlandia.

Il dislocamento degli ospedali di Londra ha reso difficile l'insegnamento medico. Si è presa occasione da questo fatto, per studiare la riorganizzazione e il miglioramento dell'insegnamento medico.

In Inghilterra è stata organizzata una Maternità per le mogli degli ufficiali; ha sede a Fulmer Chase, presso Slough; il prezzo per il ricovero è stato fissato, per 3 settimane, in 15 ghinee (al cambio attuale poco più di 1200 lire it.).

L'Esercito francese ha perduto il colonnello medico Georges Lardennois, reputato chirurgo, che durante l'attuale guerra aveva reso eminenti servizi come consulente al Quartier Generale.

Il maggiore medico Thomas Francs Todd, ginecologo assai noto di Londra, è rimasto ucciso in Francia, a causa di un infortunio.

Il periodico « Berry Médical » annunzia che nel Dipartimento dell'Indre sta per essere costituita una Cassa di soccorso pei medici mobilitati, mediante il concorso del Sindacato e dell'Associazione dei medici dell'Indre (Journ. d. Prat., 20 genn. 1940).

Una corrispondenza dell'« Osservatore Romano » del 26 gennaio, dopo aver dato notizia del bombardamento compiuto da aviatori sovietici di un ospedale nella zona di Nurmes, rileva che questi aviatori sembrano avere per obbiettivo gli ospedali — anche se chiaramente indicati dalla Croce Rossa — nonchè i treni ambulanza e le stazioni di pronto soccorso, come pure le colonne di profughi; siccome gli apparecchi volano a bassa quota, risulta inammissibile un errore di bersaglio.

Il Governo della Finlandia ha chiesto d'urgenza alla Svizzera dieci giovani chirurgi, fisicamente idonei; se soggetti ad obblighi militari in Patria, occorre il permesso dell'autorità militare. Vengono rimborsate le spese di viaggio e viene corrisposto un onorario. Le informazioni si ricevono presso la Legazione della Finlandia in Svizzera.

Il Servizio di Sanità dell'Inghilterra ha previsto l'istituzione di vari centri per la trasfusione sanguigna, nelle vicinanze di Londra, allo scopo di fronteggiare i bisogni di pronto soccorso ai feriti da eventuali bombardamenti aerei. Uno solo di tali centri raccoglie già 15.000 donatori.

Un po' dovunque.

Il Duce ha ricevuto, alla presenza del Ministro delle Corporazioni, il Consiglio d'amministrazione e la Direzione centrale della Cassa nazionale malattie per gli addetti al commercio, in occasione del compimento del primo decennio della fondazione dell'Istituto; ha espresso il suo compiacimento per l'attività assistenziale della Cassa.

L'Accademia Reale di Medicina del Belgio celebrerà il suo centenario il 1° settembre 1941. L'Ufficio dell'Accademia ha incaricato una Commissione di preparare la cerimonia.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 15 e il 22 dicembre e il 12 gennaio, sotto la presidenza del prof. P. Gall, assistito dal segretario dott. M. Geyer. Sono state fatte relazioni e comunicazioni da: G. Sai; A. Dei Rossi, P. Cheni; A. Mezzari, L. Gui.

L'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini » si è adunata il 20 gennaio, sotto la presidenza del prof. C. Cantieri; sono state fatte comunicazioni da C. Cantieri, L. Guardabassi e L. Bresci.

Nella Casa Imperatore Federico di Berlino si è organizzata una mostra di ostetricia, utilizzando largamente il materiale che doveva figurare nella mostra che doveva essere annessa al Congresso internazionale ginecologico convocato per lo scorso ottobre. La mostra comprende strumenti, sedie da parto, quadri, disegni, caricature ecc., di tutti i tempi. L'ingresso è riservato a medici, studenti in medicina, infermiere e levatrici.

A Kiel, come succursale dell'Accademia medica militare, è stata costituita un'Accademia medica della marina militare, diretta dal comandante medico di squadra dott. Ivers. L'organizzazione è stata compiuta in tre sole settimane.

Nelle Università tedesche sono iscritti anche per il 1941 numerosi stranieri: 532 bulgari, 142 norvegesi, 101 greci ecc.; mancano del tutto, quest'anno, i francesi e gl'inglesi.

Il Ministero per l'educazione nazionale della Sassonia ha stabilito che in tutte le scuole venga illustrato il valore igienico del pane integrale. Il Museo d'igiene di Dresda, in associazione con l'« Opera per il pane integrale » del Reich, ha preparato delle diapositive, illustrative di una conferenza propagandistica.

Nel Giappone il Ministero del benessere ha organizzato una stazione di studio sull'igiene della razza; essa prepara una nuova legge sul matrimonio e una nuova legge sulla sterilizzazione eugenica. La seconda legge prevede la sterilizzazione obbligatoria in casi gravi e la sterilizzazione facoltativa in casi lievi di malattie ereditarie.

Sotto gli auspici del « Soccorso universitario dell'Accademia di Parigi » è stata organizzata un'opera di solidarietà a favore degli studenti di tutte le Facoltà di Parigi, sovrattutto per coloro che sono maggiormente colpiti dal disagio economico determinato dalla guerra. Tutti i giorni, salvo le domeniche, gli studenti sono ricevuti ad un pranzo, che ha luogo alle ore 12.15 (i maschi lo sono al Liceo « Luigi il Grande », le femmine al Liceo « Enrico IV »); devono essere muniti di un biglietto, rilasciato dal decano della Facoltà; ottengono, così, delle tessere con 10 tagliandi, i quali dànno diritto ad altrettanti pasti al prezzo di franchi 6 ciascuno.

In Svezia i proprietari della miniera « Boliden », ad iniziativa del dott. Johan Pontén, hanno fatto costruire un solario di luce artificiale a favore dei minatori, i quali non possono godere del sole naturale che nei brevi intervalli tra i pasti e nella domenica. Il solario funziona dal dicembre 1937. I risultati sono stati riferiti in « Journ. A. M. A. » del 28 ott. 1939.

Si sono compiuti cento anni dalla morte di Petter Henrik Ling, il fondatore della ginnastica svedese. Egli era debolissimo e colpito da tubercolosi polmonare (la diagnosi fu confermata all'autopsia); ma riuscì ad irrobustirsi e promosse ed organizzò un vasto movimento a favore dell'attività fisica da lui ideata, la quale ottenne larga applicazione a sani e malati. Il Ling aveva studiato medicina, ma non aveva conseguito la laurea. Da giovane fu anche poeta e scrittore; poi la sua vita venne dedicata per intero agli sviluppi e alle applicazioni del suo metodo. Morì a 63 anni.

In Jugoslavia, tra l'Ufficio centrale del lavoro ed i medici delle mutue si è addivenuti ad un contratto di lavoro, che ha ricevuto l'approvazione della Direzione della sanità pubblica. Il detto contratto comporta l'assunzione, da parte delle mutue, di circa duecento nuovi medici.

I dottori Temple Fay e Laurence Smith, ideatori della cura refrigerante contro il cancro, in cui la temperatura dell'organismo viene portata sotto 32° C., l'hanno applicata in ottanta casi, ottenendo arresto della moltiplicazione cellulare e alleviamento del dolore.

Nella cittadina tedesca di Holdeschein sono stati vaccinati contro la difterite tutti i bambini, tra le età di 2 a 14 anni — circa 10.000 — a causa di un forte incremento determinatosi nella malattia. In Germania questa incide con frequenza crescente dal 1927. Nel 1936 ne furono denunziati 147.000 casi; in Prussia le denunzie sono ora di 2000 e più ogni settimana.

Nella nuova sede dell'Ospedale Fatebenefratelli-Sorelle di Milano, dopo calorose parole del Presidente dela Pia Opera, è stata consegnata una medaglia d'oro al prof. Carlo Vallardi, primario dell'Ospedale, per celebrare la sua trentennale illuminata missione a beneficio dell'Istituto.

A Gimma è quasi ultimata la costruzione del nuovo ospedale « Ernesto del Favero », che copre 6000 mq. ed è capace di 300 letti.

Si è costituita nel Sud Africa un'associazione degli erboristi e medici indigeni « bantu dingala »; lo statuto contiene norme disciplinari; tra l'altro, i soci possono essere ammoniti, multati, sospesi od espulsi, se vanno in giro sudici od ubbriachi; le tariffe per gli oroscopi, per le assistenze e per le cure sono alte.

Come i giornali hanno largamente riportato, il dott. Dafoe, che aveva assistito fin dalla nascita le cinque gemelle Dionne, ora che esse superano i 5 anni di età ha lasciato l'incarico affidatogli. Le sorelle potranno ormai vivere nella casa paterna unitamente agli altri 7 fratelli.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Ann. Inst. Pasteur, sett. — V. CHORINE. Influenza degli anticoagulanti sul dosaggio degli elementi del sangue — A. e R. SARTORY, J. MEYER. Onicomicosi.

Rinasc. Med., 31 ag. — R. CARPINO. Glossite epidemica dei senegalesi.

Gaz. d. Hôp., 2 sett. — Le stafilococcie gravi della faccia.

Ann. It. di Chir., ag.-sett. — P. BASSI, G. LIVINO. Ricerche su gastroenterostomizzati. — S. CAMINITI. Correlazioni viscero-viscerali.

Giorn. di Cl. Med., 30 ag. — A. MALAGUT. Azione dell'acido nicotinico nella copriporfirina. — M. BERGONZI. Spasmo peribuccale.

Rev. Neur., ag. — L. BABONNEIS e P. GUILLY. Coree prolungate. — A. BARREQUER. Fisiopatologia dei lobi front.

Journ. A. M. A., 26 ag. — G. PINESS e H. MILLER Allergia del tratto respirat. super. — W. B. WORD. Trattam. delle polm. con siero specifico di coniglio.

Giorn. di Med. Mil., ag. — CERNIGLIA e PIZZILLO. Cura di malarici. — FARINA. Carotina e vitamina A nelle dermatosi.

Cl. Med. It., *mag.-ag.* — S. D'ARRIGO. Lipidosi del polmone. — U. IBERTI. Porfirina. — V. MAXIA. Malaria cron. e infantilismo. — E. POLI. Infiltrato tisiogeno iuxtailare. — L. CAPANI. Cura dell'asma bronch.

Gazz. d. Osc. e d. Cl., 10 sett. — S. TRESTINI. Mielosi globale aplastica da bacillo di Eberth.

Med. Welt., 16 sett. — B. WEICKER. Infezioni del cuore nelle malattie del cuore e dei vasi.

Min. Med., 8 sett. — G. RAMON. Immunità e influenza delle sostanze coadiuvanti e stimolanti.

Presse Méd., 13 sett. — C. RUPPE. Ferite di guerra del collo.

Deut. Med. Woch., 15 sett. — KUSCHINSKY. Droga totale o principio attivo?

Münch. Med. Woch., 15 sett. — K. NICOL. I metodi della collassoterapia della tbc. polm.

Semana Méd. Españ., 9 sett. — A. GIROUD e A. SANTOS RUIZ. Capacità del feto di sintetizzare l'ac. ascorb.

Med. Klinik, 15 sett. — R. HERBST. Polmonite cruposa. Inchieste sull'uso e l'abuto dei purganti.

Rass. Cl.-Scient., 15 sett. — G. DI GUGLIELMO. Eritremia acuta. — S. CANNATA. Sclerema del neonato.

Rif. Med., 16 sett. — G. PENNETTI e F. DE RITIS. Ac. ascorbico nel fegato.

L'Assist. Soc., ag. — Problemi della previd. e dell'assist. soc. in rapporto alla polit. fascista per la difesa della razza.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 12 Febbraio 1940 - XVIII Num. 6

"IL POLICLINICO„

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. CESARE FRUGONI.

Colite catarrale da Chilomastix mesnili.

Dott. P. DE MURO, assistente e docente
e dott. A. CURATOLO.

Lo studio dei flagellati intestinali risale si può dire al XVII secolo. Fu infatti l'olandese A. Leeuwenhoek che nel 1681 scoprì nelle sue feci la *Giardia* e, due anni dopo, il *Trichomonas*. Probabilmente osservò anche il *Chilomastix*, quantunque nelle sue lettere alla Società Reale di Medicina non vi siano su questo flagellato dati precisi.

Notizie sicure si trovano invece nei lavori di Davaine. Questo A. nel 1854 descrisse per primo dei parassiti ai quali assegnò il nome di *Cercomonas*. Sei anni più tardi lo stesso A. osservò nelle feci di un coleroso un *Cercomonas hominis specie* « A » ed un *Cercomonas hominis specie* « B ». Qualche anno dopo Moquin-Tandon studiò le due specie descritte da Davaine e propose il nome di *Cercomonas davainei* per la specie « A » e quello di *Cercomonas obliqua* per la specie « B ». Ma studiando le figure e le descrizioni date da Davaine relativamente alle due specie di *Cercomonas*, non rimane alcun dubbio che la specie « A » non è altro che il *Chilomastix*, mentre la specie « B » si può sicuramente identificare con il *Trichomonas*.

Più tardi Cunningham (1871) trovò il *Chilomastix* in India e lo chiamò *Cercomonad* « B », mentre Marchand lo confuse con la *Giardia* e gli diede il nome di *Cercomonas intestinalis*.

Leggendo i lavori dei primi ricercatori si nota che molti confusero il *Trichomonas* e la *Giardia* con il *Chilomastix*. Leuckart infatti nel 1879 descrisse sotto il nome di *Trichomonas intestinalis* sia il *Trichomonas* propriamente detto che il *Chilomastix*.

Bisogna giungere al 1910 per trovare notizie più precise e dettagliate intorno al *Chiloma-*

stix. Wenyon fu il primo, si può dire, ad individualizzarlo ed a creare una specie nuova che egli chiamò *Macrostoma mesnili*. Nello stesso anno questo flagelllato fu studiato da Alexeieff che lo chiamò *Tetramitus*. Due anni dopo lo stesso A., ritornando sull'argomento, propose per questo parassita il nome ormai generalmente accettato di *Chilomastix mesnili*.

Una grande quantità di sinonimi, circa una ventina, si sono accumulati intorno al *Chilomastix*, e la confusione di nomi, proposti per errori d'interpretazione o per vanità di autori è tale che riesce difficile di ricavare concetti chiari studiando i lavori dei primi ricercatori.

Il gen. *Chilomastix* comprende dei flagellati della sottoclasse *Zoomastigina*, ordine *Protomonadina*, famiglia *Chilomastigidae*.

Dopo che Wenyon nel 1910 descrisse la specie umana, altre specie furono osservate in molti animali. Così fu descritto il *Chilomastix gallinarum* (Martin-Robertson, 1911), il *Chilomastix cuniculi* (Fonseca, 1914), il *Chilomastix intestinalis* (Kuczinski, 1914) nella cavia, il *Chilomastix rosembuschi* (Fonseca, 1914) in un roditore dell'America del sud, il *Chilomastix bellencourti* (Fonseca, 1915) nel ratto, ed il *Chilomastix caprae* (Fonesca, 1915).

Morfologia: La forma vegetativa del *Chilomastix mesnili* ha un corpo piriforme, lungo 14 μ, e largo 5-6 μ. Munito di quattro flagelli; tre anteriori molto esili e difficilmente colorabili ed uno posteriore. I tre flagelli anteriori con ritmici movimenti a frusta spostano il parassita in avanti e spingono nel citostoma le particelle alimentari. Ha un nucleo (trofonucleo) vescicoloso, periferico, anteriore, situato in una delle due labbra del citostoma. Addossato al trofonucleo si trova il cinetonucleo costituito da un centrosoma estranucleare e da tre blefaroblasti connessi con il trofonucleo a mezzo di un rizoblasto. Il citostoma, ampio può raggiungere talvolta quasi la metà del corpo del flagellato. Il corpo del *Chilomastix mesnili*, privo di assostile è variamente vacuolizzato e contiene dei germi. Il *Chilomastix* è molto mobile in feci liquide appena emesse. A temperatura media, conserva la sua mobilità per alcune ore. I suoi movimenti sono rapidi, a succhiello.

Le cisti piccole (7,5-9,5 μ), molto rifrangenti, rassomigliano ad un piccolo limone con estremità anteriore leggermente assottigliata. Nei preparati colorati si riesce a mettere in evidenza il nucleo ed il citostoma. Le cisti vivono molto a lungo e muoiono alla temperatura di 72° C. (Boek).

Il *Chilomastix mesnili* è talvolta difficilmente differenziabile dal *Trichomonas intestinalis* coll'esame a fresco. La differenziazione è più facile nei preparati colorati all'ematossilina. Il *Chilomastix mesnili* si distingue dal *Trichomonas* per il corpo più affilato, per il grande citostoma, nonchè per l'assenza dell'assostile, della membrana ondulante e della fibra basale.

A complicare talvolta la diagnosi, il *Chilomastix* può presentarsi in forme atipiche diverse da quella descritta. Specialmente interessante è l'aspetto ameboide che questo parassita può assumere e che ha condotto vari autori ad errori d'interpretazione. Brug ha osservato e descritto nel 1922 questo stato ameboide ed è riuscito a provocarne la formazione sperimentalmente, facendo aumentare la densità dei terreni di cultura. Recentemente Cicchitto in un suo lavoro discute alcune alterazioni morfologiche del *Chilomastix mesnili*.

Habitat: Il *Chilomastix mesnili* vive in genere nel colon; eccezionalmente è stato riscontrato nel duodeno.

Proprietà biologiche. Il parassita si nutre di batteri e di detriti alimentari e si moltiplica per scissione longitudinale (Alexeieff, 1912) nell'intestino ed in cultura. Alcuni AA. ammettono la scissione del parassita nell'interno delle cisti (Kofoid e Swezy, Morenas).

Il terreno di cultura più comunemente usato è quello consigliato da Boek, costituito da siero di sangue con soluzione di Locke leggermente destrosata, nelle proporzioni di 1:4.

Secondo Hegner e Becker con la coprocultura si svela una percentuale di infezioni più elevate che non con l'esame diretto.

Distribuzione geografica. È un parassita cosmopolita essendo stato riscontrato in quasi tutti i paesi del mondo. Secondo le statistiche dei vari AA. in America sembra esservi la maggiore diffusione. Infatti Thomas e Baumgartner a New York trovarono questo parassità nel 21 % degli enteropazienti e Castex e Greenway in Argentina nel 19 %. Pure in America Lynch, studiando 1040 enteropatici trovò il *Chilomastix mesnili* nel 7,5 % dei casi.

In Europa la più alta percentuale è quella riportata da Simic che lo riscontrò nel 16 % degli scolari di Skoplie (Jugoslavia).

In Spagna Fernandez, studiando dal punto di vista coprologico 96 casi di diarrea, riscontrò il parassita nel 14,84 % dei casi.

Uno di noi (De Muro) in 270 bambini dell'Agro Pontino rinvenne il *Chilomastix* nell'1,1 % dei casi osservati e Sangiorgi 13 volte su 335 enteropazienti.

In Francia fu riscontrato nell'1,5 % degli enteropazienti da Le Noir e Deschiens, mentre Morenas lo trovò nell'1,7 % e Terrial nel 3 % dei malati esaminati. Nel Marocco è stato riscontrato da Deschiens nel 7,5 % dei casi esaminati, in Russia da Yakimoff e Solowzoff nell'1,4 % degli enteropazienti di Pietrogrado, nella Giamaica da Scott nell'11,74 %. Come si vede il *Chilomastix*, con percentuale diversa è stato trovato nei paesi più vari a clima tropicale e temperato.

Potere patogeno. Il potere patogeno del *Chilomastix* è lontano dall'essere universalmente riconosciuto. Così tra numerosi assertori della patogenecità di questo flagellato molti AA. gli negano ogni importanza patogena, mentre altri gli riconoscono solamente il potere di aggravare enterocoliti di varia natura.

Secondo Brumpt esisterebbe un gran numero di portatori sani ed un certo numero di malati. La presenza di portatori sani non esclude assolutamente la patogenecità di questo flagellato.

Castellani non attribuisce in genere al *Chilomastix* valore patogeno, ma ammette che quando si trovi nell'intestino in grande quantità possa causare disturbi intestinali. Anche Lynch in un suo lavoro eseguito su 1040 enteropazienti, raffrontando i casi in cui l'A. aveva riscontrato flagellati intestinali (tra cui il *Chilomastix*), con quelli a reperto coprologico negativo scrive: « mi trovo nella impossibilità di attribuire valore patogeno a questi flagellati. I risultati dei miei studi mi portano alla conclusione che i flagellati intestinali non debbono considerarsi come patogeni ma come saprofiti ».

Vanni nel 1931, comunicando un caso di balantidiosi con reperto coprologico di *Balantidium coli* associato al *Chilomastix mesnili*, basandosi sul fatto che la guarigione clinica del malato si ebbe in coincidenza con la scomparsa del *Balantidium*, mentre il *Chilomastix* continuò a sussistere per qualche tempo ancora nelle feci, ritiene che quest'ultimo sia capace di esaltare il potere patogeno di altri parassiti ai quali aggiungerebbe talvolta una sua modica azione patogena.

Anche Martinez che rinvenne il *Chilomastix* nel 14,84 % degli enteropazienti di Granata associato ad altri parassiti, non attribuisce al *Chilomastix* una parte esclusiva nelle sindromi intestinali da lui studiate e ritiene che aggraverebbe le coliti di altra natura.

Dobell e O' Connor inoltre sostengono che non vi sono dati sicuri che permettono di affermare la patogenecità della maggior parte dei flagellati intestinali e li considerano perciò semplici saprofiti. Questi stessi AA. sono del parere che i suddetti parassiti si trovino nelle feci di individui diarroici, ma la diarrea non sarebbe provocata da questi flagellati, bensì la modificazione dell'ambiente intestinale ne favorirebbe la moltiplicazione.

Anche Manson sostiene non esservi alcun elemento sicuro per affermare la patogenecità del *Chilomastix* e Graig, Faust e Stempell in recenti lavori negano al *Chilomastix mesnili* ogni potere patogeno.

Ma accanto a queste autorevoli voci che tendono a negare al *Chilomastix* un'azione patogena, molte altre ve ne sono, non meno autorevoli, le quali riconoscono al flagellato in parola una certa importanza patogena.

Infatti Brumpt nel 1912 e nello stesso anno Nattan e Larrier descrissero casi di colite nei quali il *Chilomastix* sembrava essere nettamente in causa. Più tardi Da Cunha e Torres descrissero alcuni casi di colite da *Chilomastix* e Roux riportò tre casi di diarrea cronica nei quali l'esame cropologico aveva messo in evidenza una grandissima quantità di *Chilomastix*. Questo A. parteggia decisamente per la patogenecità di questo flagellato.

Dalla Volta parlando delle rettosigmoiditi gravi scrive: « fra le cause determinanti specifiche occupano il primo posto l'ameba dissenterica i bacilli dissenterici, le lamblie, il trichomonas e i cercomonas ».

Castex e Greenway studiando 614 casi di tossiemia intestinale cronica trovarono il *Chilomastix* 118 volte di cui 49 volte questo flagellato non era associato ad altri parassiti. Questi AA., basandosi appunto su questi 49 casi affermano decisamente la patogenecità del parassita. Essi descrivono quadri clinici svariati in alcuni dei quali predominava la diarrea, in altri la stipsi ed in altri ancora vi era stitichezza alternata con diarrea, tenesmo, meteorismo, dispepsia gastrica e talvolta gastralgie. Qualche caso presentava poi cefalea, vertigini, eccitabilità, insonnia, palpitazioni, tremori delle estremità, oppressione con dolore precordiale, parestesie ed algie delle estremità, manifestazioni nevralgiche, nevritiche e spasmodiche come broncospasmo ed esofagospasmo, disturbi simpatici vari con perturbazioni vasomotorie, prurito, urticaria, ecc., e persino delle vere disendocrinie ovariche e tiroidee. I due AA. asseriscono infine che tutti questi malati sottoposti ai più vari trattamenti terapeutici non ebbero che miglioramenti transitori finchè permaneva il *Chilomastix* nelle feci, mentre guarivano definitivamente dei disturbi

di cui soffrivano da anni, soltanto dopo che con adeguato trattamento si riusciva a liberarli del parassita.

Anche Sangiorgi nel lavoro più sopra citato conclude dicendo che dalla sua inchiesta restava ribadita la patogenecità del *Chilomastix* come fattore dissenterigeno.

Infine Cicchitto studiando 31 casi di chilostomosi pura, afferma anche lui la patogenecità del *Chilomastix mesnili* e distingue due forme cliniche di colite: una acuta o colite dissenteroide ed una cronica. L'A. afferma di non aver mai riscontrato il *Chilomastix* in individui assolutamente sani e che la guarigione delle sindromi morbose osservate nei portatori di *Chilomastix* ha sempre coinciso con la scomparsa del parassita dalle feci.

Lo stesso Cicchitto in un altro recente lavoro afferma che, avendo inoculato del materiale infetto a dei gattini, ha visto comparire in questi, dopo otto giorni dall'inoculazione, una colite grave, mortale dopo sei giorni. Nelle feci di questi animali l'A. rinveniva il *Chilomastix* in grande quantità.

Accanto alle osservazioni cliniche già menzionate ed alle ricerche sperimentali di Cicchitto e di qualche altro autore, vi è il dato anatomo-patologico riportato da Wenyon che dimostra chiaramente la patogenecità del *Chilomastix mesnili*. Questo A. infatti in un paziente morto per malattia intercorrente, riuscì a trovare su sezioni microscopiche del colon numerosi flagellati annidati nelle ghiandole intestinali.

Quadro clinico della chilomastosi. Abbiamo già detto che l'habitat del *Chilomastix mesnili* è il colon, specie la sua porzione iniziale. Smithies e Morenas lo trovarono nel succo duodenale di due pazienti. Nella nostra casistica che comprende 9 casi di chilomastosi pura non siamo mai riusciti a rinvenire nel succo duodenale il parassita in questione. Le osservazioni di Wenyon nell'uomo e quelle di Morenas nei topi hanno dimostrato che il *Chilomastix* vive quasi esclusivamente nel cieco. L'esame delle feci da noi praticato nei nostri pazienti sia dal punto di vista parassitologico che funzionale, deponeva: per una colite catarrale per lo più a tipo putrefattivo.

A noi sembra perciò che il quadro clinico della chilomastosi, almeno nei nostri climi, sia costituito da una colite catarrale, più che da una enterocolite, come vuole qualche autore.

*
* *

Nell'anemnesi dei nostri pazienti (5 donne e 4 uomini) il sintoma principale era il dolore addominale. Più che un vero dolore, si trattava, in genere, di una sensazione dolorosa localizzata alla regione ceco-colica. In tre casi questa sensazione dolorosa era limitata al colon sinistro, specie all'ansa sigmoide. L'indagine anamnestica di questi tre ultimi pazienti mise in evidenza una colite dissenteriforme sofferta qualche anno prima. Questi pazienti inoltre presentavano pollachiuria, tenesmo vescicale e piuria più o meno marcata. L'esame batteriologico dell'urina estratta con cateterismo risultò positivo per il b. coli, il quale, come è noto, è proprio nel corso delle coliti catarrali che riesce a vincere la barriera intestinale localizzandosi nei vari organi e sistemi. Durante l'eliminazione attraverso il filtro renale, che rappresenta la sua ultima tappa, il b. coli può dar luogo nell'apparato urinario a vari processi morbosi che costituiscono la sindrome entero-renale di Heintz-Boyer. Qualche nostro paziente affermava che il dolore talvolta s'irradiava posteriormente, verso la regione lombare. Questa « lombaggine colica » che, non di rado, si trova nelle coliti, dipende, probabilmente, dalla propagazione del processo infiammatorio al plesso lombare attraverso i linfatici del colon. Oltre il dolore i nostri pazienti richiamarono la nostra attenzione sull'irregolarità dell'alvo. Si trattava di 3-4 scariche al giorno, specie la mattina, associate a malessere generale ed astenia. Le feci in genere erano poltacee, simili alla bovina con grossolani fiocchi di muco grigiastro. In qualche caso le scariche, più numerose e costituite da feci semiliquide, terminavano con copiosa emissione di muco. È noto che quando il muco è abbondante ed intimamente commisto alle feci ha una origine alta, mentre nelle coliti sinistre il muco di aspetto gelatinoso è come accollato alle materie fecali.

All'esame microscopico oltre la presenza in gran numero di *Chilomastix mesnili*, sia nella sua forma vegetativa che cistica, si notavano abbondanti leucociti, cellule epiteliali, scarsa flora iodofila e cellulosa digeribile, la cui presenza nelle feci indica un transito colico accelerato. Anche dietro regime di prova la funzionalità del tenue era, si può dire, normale. Le fibre muscolari, infatti, non si presentavano, come avviene spesso nell'enterocolite giardiasica in forma rettangolare con striatura ben conservata ma bensì sottoforme di granuli giallastri, i « granuli di Nothnagel » indice di una digestione completa. Anche nell'assorbimento degli idrati di carbonio e dei grassi non notammo in genere nulla di particolare. In due casi con sindrome coprologica a tipo fermentativo,

era palese una instabilità nervosa ed una spiccata emottività con insonnia. Accusavano inoltre questi due pazienti prurito anale ed eruzioni cutanee (acne e formicolosi). Questi disturbi si devono considerare come complicanze delle coliti acide e non dipendenti dal *Chilomastix mesnili*, come vuole qualche autore.

L'esame obiettivo di questi nostri pazienti che, per brevità, limitiamo all'apparato digerente, dimostrò in 6 casi lingua patinosa ed alito sgradevole. La palpazione dell'addome suscitava dolore nella regione ceco-colica e nel sigma ove erano apprezzabili spasmi intestinali. In due casi vi era un marcato meteorismo. L'evoluzione della colite catarrale da *Chilomastix mesnili* è estremamente lenta: 18 anni nei casi di Gäbel, 11 in un caso di Morenas e 5 in 2 pazienti caduti sotto la nostra osservazione.

Cura. Nella chilomastosi sono state adoperate tutte le sostanze medicamentose usate nella cura della giardiasi: dall'emetina allo stovarsolo, dal collargolo ai clisteri di Yatren, dal timolo ai comuni antisettici intestinali.

È indubitato che in certi casi gli arsenicali, specie lo stovarsolo, riescono efficaci.

Negli adulti si somministrano 2 compresse da gr. 0,25 al giorno per una settimana. La dose per bambini è di circa gr. 0,05 per 3-4 giorni per un bambino di età inferiore ad un anno, aumentando di 5 centgr. per ciascun anno di età. Per la terapia infantile esistono in commercio compresse da gr. 0,05-0,01. È bene sorvegliare attentamente i pazienti. Risultati soddisfacenti abbiamo ottenuto con l'enterovioformio e con l'acranil.

Le cure alcaline e solfato sodiche blande riescono utili dopo l'eliminazione del parassita; lo stesso dicasi dei fermenti lattici. Durante la cura è necessario praticare ad intervalli più o meno lunghi l'esame delle feci per regolare il regime dietetico a seconda il tipo della colite.

RIASSUNTO.

Dopo un rapido esame della letteratura inerente al *Chilomastix mesnili*, gli AA. prendono posizione tra i sostenitori della patogenecità di questo flagellato e presentano 9 casi di chilomastosi intestinale, nei quali il quadro clinico era dato da una colite catarrale per lo più a tipo putrefattivo.

BIBLIOGRAFIA.

DAVAINE C. *Sur des animalculs infusoires trovés dans les selles de malades atteints du choléra et d'autres affections*. C. R. Soc. Biol. (2 sér.), I, 129, 1854.

*

ID. *Traité des entozoaires*. Paris, 1860.

MOQUIN-TANDON A. *Eléments de Zoologie médicale*. II Ediz. Paris, 1862.

CUNNINGHAM D. D. A. *report on cholera*. Ann. Rept. of Sanitary Commissioner with Govt. of India (Calcutta).

MARCHAND F. *Ein Fall von Infusorien im Typhus-Stuhl*. Arch. f. path. Anat., LXIV, 293, 1875.

LEUCKART R. *Die Parasiten des Menschen*. I Bd. (Leipzig u. Heidelberg), 1879.

CASTELLANI A. *Diarrhoea from flagellates*. Brit. Med. Journ., 1285, 1905.

WENYON C. M. *A new flagellate* (Macrostoma mesnili n. sp.) *from the human intestine with some remarks on the supposed cysts of Trichomonas*. Parisitol., III, 210, 1910.

ALEXEIEFF A. *Sur les flagellés intestinaux des poissons marins*. Arch. Zool. Exp. (5 sér.) VI, (Notes et rev.) 1.

ID. *Sur quelques noms de genres des Flagellés qui doivent disparaître de la nomenclature pour cause de synonymie ou pour toute autre raison. Diagnoses de quelques genres récemment étudiés*. Zool. Anz., XXXIX, 674, 1912.

NATTAN-LARRIER. *Infection humaine due à « Tetramitus mesnili »*. Bull. Soc. Path. Exot., t. 5, pag. 495, 1912.

BRUMPT E. *Colite à « Tetramitus mesnili » et colite à « Trichomonas intestinalis », « Blastocystis hominis »*. Bull. Soc. Path. Exot., t. 5, p. 725, 1912.

CUNHA (A. da) et TORRES (M) *Sobre algun casos de colite produzita pelo « Chilomastix mesnili »*. Brazil Medico, n. 28, 1914.

KOFOID C. A. & SWEZY O. *On the morphology and mitosis of « Chilomastix mesnili » (Wenyon), a common flagellate of the human intestine* Univ. California Publ. Zool., XX, 117, 1920.

YAKIMOFF et SOLOWZOFF. *Le « Chilomastix mesnili » en Russie*. Bull. Soc. Path. Exot., t. 13, p. 556, 1920.

DOBELL C. & O' CONNOER F. W. *The intestinal Protozoa of Man*. London, 1921.

BRUG S. L. *Quelques observations sur les Protozoaires parasites intestinaux de l'Homme et des Animaux*. Bull. Soc. Path. Exot., t. 15, pag. 132, 1922.

HEGNER R. W. e BECKER E. R. *The diagnosis of intestinal flagellates by culture methods*. Jour. of Parasit., t. 9, pag. 15, 1922.

DESCHIENS R. *Les infections intestinales à flagellés*. Arch. des malades de l'app. Digest., t. 14, 836, 1924.

ROUX T. C. *Note sur certaines entérites à flagellés*. Arch. des Mal. de l'app. Dig., 836-124.

CASTEX et GREENWAY. *Le rôle pathogène du « Chilomastix mesnili »*. Bull. Soc. Path. Exot., t. 18, 137, 1925.

LYNCH K. M. *Intestinal flagellate infestation. Clinical analysis*. J. Amer. Med. Ass., LXXXVII, 4, 1926.

MORENAS L. *Etude statistique sur la fréquence du parasitisme intestinal chez les entéropathes des hôpitaux Lyonnais*. J. de Méd. de Lyon, pag. 481, agosto, 1928.

ALESSANDRINI G. *Parassitologia dell'uomo ed animali domestici*. U.T.E.T., Torino, 1929.

VANNI V. *Contributo alla conoscenza della balantidiosi umana*. La riforma Medica, pag. 123, 1931.

MANSON'S *Tropical Diseases*. London 1931.

TERRIAL G. *La fréquence des Protozooses intesti-*

nales à Paris. La Pratique médicale française, n. 10, pagY. 414, 1931.

DOBELL C. *Antony van Leeuwenhoek and his « little animals »*. John Bille, Sons & Danielssons, L. T. S., London, 1932.

DE MURO P. *Parassitismo intestinale nei bambini apparentemente sani dell'Agro Pontino*. Croce Rossa. 7, 1934.

SIMIC. *L'infection à protozoaires intestinaux des écoliers de Skoplie*. Annales de Parasitologie, maggio, 1935, pag. 231.

CICCHITTO A. M. *Sulla patogenicità del « Chilomastix Mesnili »*. Policlinico (Sez. Prat.), t. 43, 955, 1936.

CECONI A. *Medicina interna*. Ed. Minerva Medica, Torino, II ed., 1936.

BRUMPT E. *Précis de Parasitologie*. Masson, 1937.

GRAIG C. F. e FAUST E. C. *Clinical Parasitology*, London, 1937.

STEPELL W. *Die tierischen Parasiten des Menschen*. Fischer, Iena, 1938.

CICCHITTO A. M. *Su alcune alterazioni morfologiche del « Chilomastix mesnili »*. Annali d'Igiene, XLVII, 548, 1938.

MORENAS L. *Etude morphologique et biologique sur les flagellés intestinaux parasites des Muridés*. Masson. Paris, 1938.

ID. *Entérites et colites parasitaires*. Masson, Paris, 1939.

OSSERVAZIONI CLINICHE

CASA DI SALUTE S. MICHELE DI ISTONIO (CHIETI)
Direttore: prof. SILVESTRO BILE.

Invaginazione dell'angolo ileo-cecale e di tutto il colon ascendente nel trasverso, da oltre 25 giorni, con fenomenologia del tutto silenziosa. Guarigione.

Dott. G. VALLONE.

Descrivo brevemente un caso osservato, perchè credo che offra un certo interesse clinico, sia per quanto riguarda i fenomeni completamente assenti, sia per l'esito ottenuto, dopo 25 giorni di malattia.

Senz'altro passo alla storia dell'infermo:

B. G., di Carmine, di anni 40, da Roccaspinalveta (Chieti), racconta che il 1° dic. 1938-XVII ha sofferto di una leggera colica intestinale, la quale si è attutita in seguito a somministrazione di laudano e clisteri di infuso di camomilla.

Il 18 dicembre 1938, il paziente ha notato un certo gonfiore addominale e da allora non ha potuto più evacuare. Da tale giorno fino al 12 gennaio 1939-XVII (epoca in cui il paziente si è presentato in clinica) le condizioni di occlusione sono rimaste stazionarie.

E. O. — Individuo notevolmente dimagrito, di colorito terreo, con mucose visibili pallidissime. Temperatura 36°,1; polso 110.

L'esame dell'addome fa rilevare meteorismo diffuso. Con la palpazione si rileva, molto malagevolmente, una massa allungata trasversalmente, alquanto spostabile, di consistenza soda e del volume approssimativo di una testa di feto.

Palpando si risveglia dolore all'infermo, che impallidisce e va incontro a lipotimie, che vengono combattute con iniezioni di sparto-canfora. La tumefazione, malamente riscontrata, giace nella regione del colon trasverso.

Innanzi a tale quadro, quasi completamente privo di fenomeni rilevanti, si pone diagnosi di occlusione intestinale da neoplasia del colon trasverso e si consiglia una laparatomia esplorativa, che viene senz'altro accettata dall'infermo.

Operazione: giorno 12 gennaio 1939-XVII.

Operatore: prof. Bile.

I anestesia rachidea alta (spazio interspinoso VIII, IX, V. D.) e previa iniezione di 0,25 di caffeina, si apre l'addome con taglio a baionetta di Kher. Applicato un auto-divaricatore di Gosset si ispeziona il cavo addominale. Innanzi allo stomaco si presenta il colon notevolmente dilatato, di consistenza anormale, di colorito leggermente cianotico. Lo si esteriorizza e si riconosce subito di essere di fronte ad un'invaginazione lunga quasi 30 cm.

Si incominciano con tutta prudenza le manovre di disinvaginazione, che, dopo circa mezz'ora, portano al completo disimpegno del tratto intestinale carcerato, il quale è costituito dall'angolo ileo-cecale, dal colon ascendente e da un buon tratto dell'ileo.

Un lungo mesenterio succulento, spesso, e di colore vinoso ha accompagnato il cilindro invaginato. L'ileo presenta la sua superficie rugosa e maculata da puntiformi emorragie; il suo colorito lascia perplesso sulla sua vitalità.

L'apice del cilindro interno è turgido ed ha l'apparenza tipica del muso di tinca. Il colletto presenta aderenze discrete che hanno però ceduto alle manovre di svincolamento.

Il reperto anatomo-patologico nei riguardi dell'ileo e del suo meso autorizzava a procedere ad una resezione, ma le condizioni preoccupanti dell'infermo non avrebbero consentito tale intervento, per cui, dopo una generosa pulizia all'etere, e, dopo doppio punto di fermo ai margini del meso, si rimette in cavità il colon ascendente, lasciando fuori del cavo tutto il tratto di tenue malato.

Rimpicciolimento della breccia operatoria agli estremi e fasciatura lenta.

Il decorso postoperativo fu dei più normali e in seconda giornata, previa lavatura con soluzione fisiologica dell'intestino esteriorizzato, lo si ripone in cavità suturando in massa i piani addominali.

Il 7 febbraio 1939-XVII l'infermo lascia la clinica in perfetta salute, che gode attualmente, senza accusare nessun fastidio nelle sue funzioni intestinali.

DEDUZIONE.

Che si possa rimanere per 25 giorni in uno stato di occlusione, sia pure relativa, è una quistione che ha lasciato non poco increduli, ma comunque meravigliati.

Certo non si è potuto constatare tutto ciò che l'infermo aveva raccontato, ma il suo colorito da stercoremia, le sue condizioni ge-

nerali più che preoccupanti, non lasciavano alcun dubbio sullo stato delle cose.

Per quanto concerne il movente etiologico, nulla si è trovato in suo favore Si deve spiegare il muto quadro morboso attribuendone tutta l'evoluzione a contrazioni esagerate dell'intestino,

Si può ammettere con Wortmann e Payr come causa prima e predominante uno spasmo circoscritto in seguito al quale il tratto invaginato con la sua estremità sia andato sempre a progredire per azione del tratto distale.

È da notare pure che nel malato non vi furono diarree sanguinolenti, nè tenesmo rettale, nè vomito!! Insomma tutta la lenta e silenziosa evoluzione della malattia fu così strana che la diagnosi ammessa di neoplasia era da accettersi senza altro.

Per quanto poi riguarda il trattamento, il prof. Bile fu soddisfatto di aver optato per una condotta prudente; poichè sicuramente l'infermo non avrebbe resistito ad una resezione.

RIASSUNTO.

L'autore descrive brevemente un caso di invaginazione ileo-ceco-colica con assenza completa di fenomeni importanti, operato felicemente, dopo 25 giorni di occlusione.

Istonio, novembre 1939-XVIII.

SUNTI E RASSEGNE

DISENDOCRINOPATIE.

Morbo di Simmonds dovuto a necrosi post partum dell'ipofisi anteriore.

(H. L. SHEENAN. *Quarterly Journ. of Medic.*, ottobre 1939).

Simmonds nella sua descrizione originale ha dimostrato che la malattia è il risultato di una lesione distruttiva dell'ipofisi anteriore. Da allora sono stati descritti dei casi frusti e sono stati descritti anche casi in cui non c'era lesione distruttiva dell'ipofisi anteriore, ma alterazioni della regione ipotalamica (glioma, cisti). Però molti di questi casi, analizzati accuratamente, appaiono casi di anoressia nervosa.

Nei casi di anoressia nervosa, sorge il problema se si possa trattare di ipopituitarismo con disturbo solo funzionale della glandola e senza alterazioni anatomiche rilevabili. Il problema è di difficile soluzione anche perchè non sappiamo con precisione quali alterazioni pituitariche possa dare la deficienza di alimentazione.

La perdita parziale o totale dell'ipofisi anteriore può essere dovuta a ipofisectomia chirurgica, a tumori o granulomi, a fibrosi diffusa o a necrosi post-partum.

Quest'ultima condizione è la causa più frequente di ipopituitarismo.

Su questo argomento l'A. aveva già pubblicato un articolo e ora ribadisce l'argomento mettendo a punto la conoscenza che abbiamo sull'argomento.

Esempi di necrosi ischemica dell'ipofisi anteriore si hanno relativamente spesso nel reperto d'autopsia di donne morte per infezione puerperale. La necrosi abitualmente risparmia la parte tuberale, la parte posta di fronte all'attacco del peduncolo, la regione del lobo medio. Essa è prodotta da emorragia o da collasso durante il parto e comincia contemporaneamente a queste complicazioni. Nelle malate che sopravvivono la guarigione avviene lentamente e attorno alla zona necrotica si forma una zona atrofica.

Lo studio dell'A. comprende 32 casi in cui la diagnosi clinica è stata confermata dall'autopsia e 19 casi di amenorrea e altri segni sufficienti a far accettare la diagnosi clinica di necrosi post-partum ma in cui la prova anatomo-patologica è mancata. A questi casi se ne devono aggiungere altri, che l'A. non ha analizzato in dettaglio, ma di cui si è servito per tracciare il quadro clinico della malattia.

Alterazioni anatomopatologiche. A carico dell'ipofisi anteriore si sono notati diminuzione di peso con persistenza, nei casi gravi, di meno del 10 % della glandola. Istologica-

mente le cellule conservate sono abitualmente le cromofobe, e solo raramente cellule eosinofile e basofile. Non si sa con precisione se avvengano fatti di ipertrofia compensatoria. Probabilmente questo avviene nei casi in cui compare successivamente un'altra gravidanza. La comparsa di una gravidanza indica che è rimasta una porzione di ghiandola funzionante.

La sella turcica non appare modificata radiologicamente.

La tiroide è abitualmente piccola (8-13 gr. invece di 25 gr.) e un terzo appare atrofizzato con fibrosi). Queste alterazioni tiroidee spiegano i casi in cui sui 25 anni si è avuta necrosi ipofisaria anteriore, poi insufficienza ipofisaria fino a 50 anni circa e, da allora, ipotiroidismo (mixedema).

Le surrenali sono di peso molto inferiore al normale con notevolissima atrofia della corteccia.

Le altre ghiandole endocrine sono normali quasi sempre.

Nel cervello si possono trovare due tipi di lesioni: alterazioni degenerative delle fibre o dei nuclei del tratto sopra-ottico-ipofisario e alterazioni infiammatorie attorno ai piccoli vasi. In pochi casi furono trovate lesioni ipotalamiche secondarie alla lesione ipofisaria, o lesioni del tuber cinereum, o del nucleo sopra-ottico o del nucleo soprachiasmatico.

Alterazioni patologiche intercorrenti sono state: tubercolosi, infezioni delle vie urinarie, malattie cardiache, broncopolmonite.

Generalmente il quadro clinico, anche se non completo, è sufficientemente caratteristico per fare la diagnosi.

La malattia ha inizio da un parto che ha provocato collasso per emorragia.

L'ammalata può però capitare all'osservazione del medico solo alcuni anni dopo il parto.

Nelle prime settimane dopo il parto i sintomi sono poco appariscenti, il che appare sorprendente perchè la lesione pituitaria compare improvvisamente.

Nei casi gravi, durante il puerperio si ha un'assenza completa dell'attività mammaria. Quest'insufficienza mammaria si ha nella metà dei casi di media gravità.

La glicemia è bassa generalmente (50 mg. per 100 cc.). Però l'A. non ha fatto ricerche accurate, perchè appena diagnosticata la lesione pituitarica si dànno all'ammalata notevoli quantità di glucosio.

Nei casi gravi le ovaie diventano atrofiche con perdita completa della loro funzione. Nei casi meno gravi le mestruazioni ricompaiono dopo 9-18 mesi dal parto. Nei casi gravi si ha anche sterilità.

La libido si perde in un certo numero di casi.

I peli dell'ascella e del pube cadono nei casi gravi; la perdita è progressiva e si completa in genere in cinque anni.

Ci sono anche dei sintomi generali: astenia, apatia, eccessiva sensibilità al freddo. Si può avere anche sonnolenza, anoressia, cefalea, mixedema.

Per quanto riguarda l'aspetto del volto della cute e dei capelli, le malate si possono dividere in cinque gruppi.

Nel primo gruppo si ha progeria: senilità precoce, cute raggrinzata, sottile, inelastica, secca, giallastra. I capelli spesso sono grigi. Il secondo gruppo sta fra la progeria e il mixedema. Il terzo gruppo è quello con sintomi che somigliano al mixedema, ma il vero mixedema, fa parte del quarto gruppo. Nel quinto gruppo sono comprese le malate che hanno un aspetto apparentemente normale.

Molto raramente c'è pigmentazione cutanea di tipo addisoniano. Il pallore o il colore cereo può dipendere dalla vita in ambiente chiuso che queste malate sono costrette a fare.

La denutrizione si ha solo in un terzo dei casi.

Il polso, la temperatura e la pressione sono per lo più normali. Il metabolismo basale è sempre molto diminuito.

C'è una lieve anemia con linfocitosi relativa.

L'azotemia è normale, la colesterinemia normale o superiore al normale.

La cura consiste nella somministrazione di estratti di ipofisi anteriore. In alcuni casi ritornano i peli del pube e dell'ascella, ma in nessun caso sono ricomparse le mestruazioni.

L.

Le tendenze attuali della terapia del diabete.

(BOULIN e ULLMANN. *Bulletin Médical*, 3-10 giugno 1939).

L'indirizzo curativo della dieta del diabete ha subito con l'andar degli anni profondi rivolgimenti: dalla semplice iperalimentazione si è passato a regimi sempre più speciali con una distinzione qualitativa e quantitativa degli alimenti sempre più precisa.

Una volta ci si limitava a prescrivere un regime ricco di carne e di grassi e povero di idrati di carbonio. Ma ben presto si riconobbe che l'eccesso di carne produceva l'acidosi e che l'eccesso di grassi rompeva l'equilibrio cetogeno-anticetogeno. D'altra parte il sovraccarico di carne e di grassi facilitava la comparsa di complicazioni come l'arteriosclerosi, l'arterite degli arti inferiori, la retinite.

Per ottenere la scomparsa della glicosuria e la riduzione della glicemia la dieta deve essere costituita in modo da non eccedere in componenti dannosi e nello stesso tempo assicurare l'apporto di un numero sufficiente di calorie, da 25 a 30 per chilogramma del corpo. Ciò si potrà ottenere fornendo grassi al tasso di gr. 2-3 per chilogramma di peso corporeo; proteine al tasso di gr. 1,50 per chilogramma, tenendo presente che la carne non

deve superare gr. 0,50 per chilogramma; idrati di carbonio al tasso gr. 1-1,50 per chilogramma.

Se malgrado questo regime persiste l'intolleranza in carboidrati o compare la cetosi conviene ricorrere al trattamento insulinico preferendo la protamino-zinco-insulina, che ha un'azione più energica e nello stesso tempo più lenta ed ha perciò il vantaggio di ridurre il numero delle iniezioni e di produrre effetti più duraturi.

Nelle forme leggere di diabete si ottiene la scomparsa della glicosuria con il regime adatto e la riduzione della glicemia con la protamino-zinco-insulina. Questo preparato è anche indicato nelle forme di media gravità con una sola iniezione quotidiana. Nelle forme con glicemia instabile e specialmente nel diabete infantile una sola iniezione quotidiana può far tornare al normale il tasso glicemico. Nelle forme gravi che esigono di più di 50 U. di protamina-zinco-insulina i risultati sono incostanti: talvolta basta una sola iniezione e talaltra bisogna perfino aggiungere due iniezioni preprandiali di insulina ordinaria.

Ma oltre che con l'insulina la terapia del diabete si è arricchita di nuovi altri metodi medici e chirurgici tendenti a ristabilire l'equilibrio neuro-endocrino, la cui rottura è il fatto determinante della malattia.

Il pancreas è la principale glandula ipoglicemizzante ed è a mezzo dello pneumogastrico che si produce la secrezione dell'insulina; ma un'azione analoga esercitano le glandule salivari, le paratiroidi, le gonadi. Viceversa le surrenali, l'ipofisi, la tiroide hanno un'azione iperglicemizzante, che opponendosi al sistema vago-pancreatico assicura l'equilibrio neuro-endocrino.

L'ormone maschio possiede un'azione ipoglicemizzante e si è perciò adoperato il testosterone per rinforzare l'azione dell'insulina, ma i risultati sono stati incostanti nel diabete ordinario.

L'uso della radioterapia sull'ipofisi dà buoni risultati solo nei casi di diabete acromegalico elevando il coefficiente di assimilazione dei glucidi, ma è senza effetto nei casi insulino-resistenti.

Sulle surrenali la radioterapia provoca una riduzione interessante della glicemia e della glicosuria, ma in alcuni casi ha determinato un aggravamento. Sulla tiroide agisce solo nei diabetici basedoviani.

Il trattamento chirurgico è stato tentato sul pancreas, sulle glandule salivari, sulle surrenali, sull'ipofisi e sulla tiroide.

La legatura dei canali escretori del pancreas, gli innesti pancreatici, la simpatectomia delle arterie del pancreas, interventi intesi ad attivare la funzione delle isole di Langerhans, hanno finora un interesse esclusivamente teorico.

Anche discutibili sono i risultati della legatura del dotto di Stenone.

Sulle surrenali si è tentato l'enervamento iuxta-glandulare per diminuire la secrezione adrenalinica; ma è stata registrato un solo successo.

Quando il diabete è accompagnato da disturbi gravi ipofisari o tiroidei l'exeresi delle rispettive glandule produce spesso un certo miglioramento.

La splancnicectomia sembra essere particolarmente indicata nelle forme insulino-resistenti.

Comunque il trattamento chirurgico del diabete è ancora nella fase dei tentativi ed allo stato dei fatti non si possono trarre conclusioni decisive. Dr.

PATOLOGIA GENERALE.

Il fattore temperatura nel cancro e nell'accrescimento della cellula embrionale.

(L. W. Smith e T. Fay. *The Journ of the Americ. Assoc.*, 19 agosto 1939).

Gli AA. hanno parlato di questo argomento alla 19ª riunione annuale della Sez. di Patologia e fisiologia dell'Americ. Med. Assoc.

La temperatura ha una parte evidente clinicamente, patologicamente e biologicamente nell'attivare l'accrescimento della cellula embrionale. Mentre in clinica si sono ampiamente studiati gli effetti degli stati iperpiretici, poco si è studiata l'azione delle temperature ridotte in rapporto al cancro.

Gli AA. osservarono che la temperatura della superficie cutanea può alle estremità cadere di 12-22° al di sotto del normale, mentre i segmenti del tronco si mantenevano invariati e si avevano aumenti di temperatura da 0,5 a 3° nel segmento delle mammelle. Nelle donne furono trovate variazioni della temperatura della superficie cutanea variabili in rapporto coi periodi mestruali.

Ci si deve domandare se in queste osservazioni non si può trovare una spiegazione della maggior presenza del cancro della mammella in rapporto con quello dell'estremità.

Il Fay studiò con ripetute biopsie l'effetto dell'abbassamento della temperatura nelle zone di accrescimento carcinomatoso. In un carcinoma del collo uterino la perfrigerazione diede la quasi scomparsa del dolore in 48 ore. Dopo 3 settimane la biopsia mostrava una degenerazione delle cellule tumorali; dopo 5 settimane si aveva aumento dell'appetito, accrescimento del peso, assenza di dolori e restringimento del tumore. Questo miglioramento durò 4 mesi e mezzo.

Ricerche eseguite allora dimostrarono la maggior frequenza dei tumori nelle zone di maggiore temperatura strutturale e segmentale (utero, mammella e tratto gastrointesti-

nale) e anche delle metastasi in zone di temperatura più elevata (polmoni, fegato, cervello e zone centrali ossee).

Una certa luce sull'intero problema possono dare le ricerche di Huggins e Noonan, i quali osservarono la scomparsa del midollo rosso della coda e delle estremità di ratti appena nati dopo due settimane di esposizione alla temperatura ambiente, mentre il midollo rosso persisteva se la coda era trapiantata nell'addome.

Certamente la temperatura favorevole è l'attivatore principale dell'accrescimento cellulare. Inoltre lo spettro fisico (dai raggi X agli ultravioletti) contiene qualcosa che inibisce quest'accrescimento e regola la maturazione e la differenziazione. Al disotto di una temperatura critica di 95 E. (35° C.) l'accrescimento di cellule indifferenziate, come il cancro o l'embrione di pollo, si arresta. Fatti degenerativi si osservano dopo 72 ore in tumori sottoposti a temperatura al disotto di 90 F (32,22° Cent.).

La refrigerazione può avere un'applicazione pratica nella terapia dei tumori.

Il Fay ha spiegato dettagliatamente come ebbero l'idea di fare le ricerche suesposte.

Alla domanda del dott. Davidsohn se cioè queste osservazioni abbiano avuto conferma in ricerche sui tumori degli animali a sangue freddo, lo Smith ha detto che questo argomento fu studiato col dott. Lucké (ma non ne dice i risultati). Lo Smith stesso, rispondendo alla dott.ssa Barghman, ha detto che sta studiando i rapporti fra i tumori e le ghiandole a secrezione interna ed ha aggiunto alcune considerazioni sull'opportunità di associare la piretoterapia alla perfrigerazione partendo da alcuni rilievi fatti dall'Hartman. L.

Sul contenuto in lipidi dei versamenti cavitari.

(B. NOLLI e A. BOLOGNA. *La clin. med. ital.*, gennaio-aprile 1939).

Esistono sicuramente rapporti fra le frazioni lipidiche dei versamenti e il ricambio idrico. Alcuni di questi rapporti sono ben noti, altri sono presunti, altri controversi.

Esisterebbe un antagonismo colloidale fra colesterina, che è un sospensoide idrofobo instabile, e la lecitina, che è un emulsoide idrofilo. Questo antagonismo è accertato nelle emazie. Ma la colesterina può anche esercitare azione idrofila non perchè idrofila, ma perchè ostacolerebbe gli scambi elettrolitici inorganici provocando accumulo di cloro nei tessuti e, in conseguenza, ritenzione di acqua. Anche in quest'azione la colesterina agirebbe in antagonismo colla lecitina, che, sebbene idrofila, potrebbe portare un allontanamento di acqua.

Anche gli acidi grassi hanno importanza nel ricambio idrico. Essi diminuirebbero la capacità di imbibizione degli albuminoidi e questa azione sarebbe attenuata dalla colesterina. Mayer e Schaeffer hanno chiamato « coefficiente lipocitico » il rapporto colesterina-acidi grassi che sarebbe l'esponente del potere di imbibizione da parte dei tessuti. Sul valore di questo rapporto sono state fatte molte critiche giustificate.

Gli AA. hanno studiato il contenuto in lipidi di liquidi che non presentavano lattescenza in cristalli di colesterina appartenenti a 20 malati, distinguendo essudati da trasudati. Da queste osservazioni risulta che tutti i versamenti sierosi cavitari contengono lipidi.

Sull'origine di questi lipidi, mentre nei versamenti di lunga durata è facile pensare che gli elementi corpuscolati di questi liquidi possono subire variazioni chimiche di natura fermentativa e per riassorbimento di frazioni diffusibili, per i trasudati recenti è evidente che i lipidi devono essere passati coll'acqua e coi soluti cristalloidi direttamente dai capillari sanguigni alle cavità sierose. Saranno quindi più abbondanti i lipidi più diffusibili, quindi prima gli acidi grassi, poi i fosfatidi e poi la colesterina. Mentre i primi due si hanno in quantità discreta fin dall' inizio del trasudato e poi aumentano di poco, la colesterina si ha invece in quantità non dosabile all'inizio mentre poi aumenta molto.

Le variazioni dei lipidi tanto negli essudati che nei trasudati dipendono da fermenti.

Negli essudati gli acidi grassi in quantità notevole all'inizio, diminuiscono successivamente, i fosfatidi si mantengono per un certo tempo allo stesso livello e poi diminuiscono bruscamente, la colesterina aumenta gradatamente nell'acme della malattia per poi diminuire.

Secondo Melli la pleurite colesterinica potrebbe essere considerata come una forma di lipoidosi colesterinica come il m. di Christian-Schüller, le xantomatosi cutanee, ecc.

Altri sostengono che la colesterina degli essudati dipenda dalla colesterina del sangue, ma è più probabile che si formi localmente, secondo alcuni per secrezione dell'endotelio della sierosa, secondo altri per degenerazione lipoidica degli endoteli. Secondo Letulle invece si tratterebbe di trasformazione grassosa della fibrina degli essudati. La maggioranza degli autori pensa, forse giustamente, che la colesterina derivi dagli elementi corpuscolari degli essudati.

Poichè i fosfatidi sono la frazione lipida più idrofila, essi devono avere importanza notevole negli scambi idrici dei versamenti e probabilmente spiegano il rapido riformarsi dei versamenti in alcuni casi.

L.

DIVAGAZIONI

L'ossessione per i gas di guerra.

Una nuova forma di fobia e di suggestione collettiva si è venuta sviluppando nelle città che vivono sotto l'incubo degli allarmi aerei. Ce ne parla, per Parigi, L. Tanon (*Gazette des hôpitaux*, 15-18 novembre 1939), riportandone vari esempi. Un medico segnala che 6 persone si sono presentate affermando di avere respirato dei gas: bruciore agli occhi ed alla cute, fatica a respirare. Il Direttore dei Servizi sanitari di difesa passiva si reca subito sul posto e trova che le persone (3 donne e 3 ragazzi) erano in una casa un po' isolata, non lontana da un posto di difesa controaerea. Una donna riferisce di aver veduta cadere una bomba e così pure un vicino, però senza esplosione; sùbito dopo, tutti hanno sentito pizzicare la gola, tosse, oppressione, nausee con vomiti e persino, a loro detta, un po' di diarrea. All'esame (6 ore dopo), niente di particolare; l'oppressione si era calmata all'entrata nel posto di soccorso. Tutto un complesso di auto-suggestione; il vento aveva portato un po' dei gas di deflagrazione della batteria antiarea, che avevano agito da spina irritativa; le « bombe » non erano che dei fondelli dei tiri antiaerei.

In un altro caso, la piccola psicosi collettiva si è manifestata alla fine di un allarme; un ufficiale, passando e vedendo la gente sulla porta, aveva osservato che vi era un « odore curioso »; non c'è voluto altro e le 16 persone si sono precipitate al posto di soccorso; lo stesso è accaduto per altre 3 persone abitanti in una via stretta e sudicia, dove vi era una puzza da fermentazione. Altre volte la gente vede cadere da un aeroplano invisibile dei palloncini rossi che avevano attaccato dei pacchetti contenenti... della yprite, ma non erano che dei paracadute-segnali. Un'altra volta, arriva un « boy-scout » ad un posto di soccorso, segnalando la presenza di gas; poco dopo si precipitano varie persone, reclamando le polverizzazioni di cloruro di calce; il gas esisteva soltanto nella fantasia, ma i vestiti furono danneggiati, sollevando delle proteste tardive ed inutili.

Lievi psicosi collettive, spiegabilissime e facili a verificarsi in una grande città, che vive sotto l'incubo degli allarmi aerei; dirò anzi che il numero di 40 riportato dal Tanon è scarso in confronto della popolazione parigina. Lo stato d'animo in cui essa si trova è tale che basta la più piccola sensazione che esca dal comune per destare dei sospetti, ingigantiti poi dal contagio collettivo e da una propaganda eccessiva e male diretta.

La questione dei gas, osserva l'A., è troppo complessa per coloro che la studiano, perchè si possa pretendere di risolverla con avvisi, consigli od indicazioni terapeutiche diffuse fra il pubblico. Sarebbe desiderabile, egli aggiunge, che la stampa cessasse di parlarne inconsideratamente. In tal senso, se è anche pronunziato il Consiglio Superiore d'Igiene di Francia, domandando anche la soppressione della *réclame* per prodotti antigas, che a quanto pare sono lanciati sul mercato in Francia e, per la maggior parte, non sono nemmeno controllati.

Si deve inoltre diffidare delle notizie date dai passanti e non pensare ai gas che quando il servizio di difesa passiva ne abbia dato l'allarme. I medici, poi, non devono prendere alla leggera le affermazioni dei falsi intossicati ed informarsi bene della loro provenienza, adoperandosi per calmare gli animi; inoltre, si devono guardare dal rilasciare, senza ragion veduta, dei certificati che possono coinvolgere senza fondamento la responsabilità dello Stato. La minaccia dell'arma chimica esiste, ma non bisogna esagerarne la portata, pure prendendo contro di essa le necessarie precauzioni.

fil.

STORIA DELLA MEDICINA

Medicina e scienza generale nel « de rerum natura » di Lucrezio.

G. P. Arcieri, che con la signorile rivista *Alcmeone*, da lui fondata e diretta, mantiene viva la fiamma dell'italianità agli Stati Uniti, esamina (nel numero di luglio-settembre) il valore odierno del poema di Lucrezio in rapporto con la medicina e la scienza generale.

La teoria atomica ha avuto un vero divinatore in Lucrezio, che ne espone i fondamenti (I, 600 e segg.) i quali, anche se le nostre idee in propsito hanno subìto delle modificazioni, rappresentano pur sempre i princìpi essenziali della fisica e della chimica.

Dalla teoria atomica, Lucrezio fa scaturire il concetto di malattia e di salute. Le malattie sono il risultato del disordine degli atomi e le cure il ripristino di questi alla posizione normale. In questa concezione, si rivela il principio dell'armonia e disarmonia, che caratterizzano rispettivamente — nella teoria di Alcmeone e nella rinata dottrina umorale — lo stato di salute e d'infermità. Da queste argomentazioni, Lucrezio passa a parlarci in particolare su forme morbose, su precetti medici ed igienici, sull'azione del clima sull'organismo, gli effetti dell'alcool sul sistema nervoso, sulla peste, ecc.

Il ricambio materiale, quale anche oggi lo ammettiamo, è descritto nel libro II (1122 e segg.) dove Lucrezio afferma che, nella vecchiaia le perdite sono maggiori delle acquisizioni e che il corpo si accascia per le molestie esterne a cui sempre meno resiste, mentre nella gioventù esso assume più di quanto emette.

Bene stabilita è la teoria evoluzionista (VI, 871 e segg.), accennando alla selezione naturale ed alla lotta per l'esistenza. Distintamente espressa è poi la teoria germinativa di Weismann (IV libro) dove Lucrezio, rilevando le somiglianze dei rampolli con i genitori o gli avi, ne trova la spiegazione nel fatto che i genitori contengono nei loro corpi degli elementi primordiali, che essi ricevono in trasmissione ereditaria per perpetuare la specie; si possono così riconoscere nei « primordia » di Lucrezio i moderni « gene ».

Molte altre ipotesi e credenze esprime Lucrezio alcune delle quali ci appaiono oggi puerili, ma che potranno domani, forse, risorgere. Comunque, in Lucrezio, si delinea la sagoma dello scienziato moderno, che si afferma a penetrare, sia pure con mezzi insufficienti, i misteri dell'ignoto, gettando le fondamenta della scienza positiva. Nel poema, che attinge talora altezze difficilmente raggiunte da altri poeti latini, egli si volge così ad investigare o scoprire le leggi che governano la natura, con speculazioni esposte in un linguaggio, che crea spesso la terminologia moderna. *fil.*

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

DI TULLIO BENIGNO. *Antropologia criminale.* Ed. Luigi Pozzi. Roma, 1940-XVIII, pag. 512. Prezzo L. 50.

L'antropologia criminale del Di Tullio è in rapporto al suo precedente manuale l'opera della maturità, maturità della sua personalità scientifica, maturità di una dottrina, che si afferma su concetti già da tempo da lui enunciati, e diffusi in Italia e fuori con un largo consenso.

Il Di Tullio, massimo cultore tra noi della scienza che studia l'uomo nella sua complessa figura psico-fisica, ma nella cornice della vita di relazione, della vita sociale, dei rapporti con la Legge, valendosi dei gloriosi residui di quella antropologia puramente morfologica, e più in superficie che in profondità, creata dal genio del Lombroso, fondendoli con la dottrina costituzionalistica del Kretschmer, del De Giovanni, del Viola, del Pende, ecc., e plasmandoli con elementi non soltanto morfologici ma anche psicologici, diede vita alla « Costituzione delinquenziale ».

La criminalità comunque è a base costituzionale, ma quella che non è patologica, che non è occasionale, è semplicemente costituzionale, e l'esponente di speciali complessi eredo-degenerativi recessivi, che determinarono l'inconsapevole e incoercibile tendenza al male, al contrasto sociale, alla violenza contro la società, mostruosità dell'egocentrismo e del pervertimento originario dei sentimenti etici o affermazione del loro totale difetto. È questa la concezione più razionale e razionalista, più positivista, più attuale, più biologica del « delinquente nato ».

Il Di Tullio sa che noi dissentiamo da questa dottrina, pure ammettendo con incrollabile fede che il costituzionalismo è la base granitica, direttamente o indirettamente, di tutta la patologia e specialmente di quella mentale. Per noi non esiste il delinquente nato, si chiami « ipoevolutivo o costituzionale »; esiste una tendenza delinquenziale per costituzione patologica, generica più che specifica, su cui gravita con influenza decisiva l'ambiente sociale, e che è riversibile e correggibile; al di là dei suoi limiti e della sua correggibilità esiste il delinquente psicopatico o « ad orientamento neuro-psicopatico o psicopatico » con il linguaggio dell'A., l'ammalato di mente per fattori congeniti o acquisiti, quale è contemplato dalla nostra Legge.

Ma non è un contrasto di opinioni, che forse si basa unicamente sulla diversa valutazione di gradi di morbosità, che può influire sul nostro giudizio nei riguardi di un'opera, che è l'espressione di una grandissima esperienza e di un poderoso e coltivato ingegno, la più completa, la più organica, la più dimostrativa di tutte le opere apparse sull'argomento a nostra cognizione; e così si spiega che la dottrina che la ispira abbia avuta un'eco tanto vasta, e il suo creatore siasi affermato nel mondo medico-legale con i caratteri più spiccati di una individualità scientifica a largo seguito.

Per intendere la vastità e profondità dell'opera basta scorrere l'indice sistematico, in cui si rileva l'evoluzione dell'antropologia criminale, si esalta il suo indirizzo costituzionalistico-biotipologico, si studia l'etiogenesi del delitto, si definisce la personalità morfologica, biologica, psicologica del delinquente, si illustrano i vari tipi di criminali, secondo la sua classificazione, che nel complesso è la migliore fra tutte, per passare infine allo studio della profilassi della criminalità, e alla sua terapia, di cui fu il Di Tullio il più fervido e attivo assertore, innovatore e propulsore.

Concludiamo augurandoci con l'A. che l'Antropologia criminale contribuisca sempre più validamente alla elevazione materiale e spirituale degli individui e delle masse, il che sarà tanto più facilmente realizzabile per quanto più la sua tela sarà intessuta di elementi psicologici e spirituali non solo negli effetti.

G. MÒGLIE.

Scritti in onore del sen. prof. Amedeo Perna in occasione del sesto lustro del suo insegnamento. A cura degli allievi. « La Stomatologia Italiana », via Cornelio Celso, 1. Roma. Prezzo lire 40.

È un magnifico volume di 300 pagine, in carta patinata, che contiene 22 lavori originali,

oltre l'introduzione, un articolo sull'attività scientifica politica e militare del prof. Perna e la relazione sul disegno di legge n. 128 contro l'abusivismo delle arti sanitarie.

Oltre agli allievi hanno collaborato a questo volume il sen. prof. Nicola Pende con un articolo « Denti e biotipo umano », il Magnifico Rettore della R. Università di Torino: prof. Azzo Azzi con un articolo « Infezione focali » ed il prof. Giuseppe Zanetti direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Modena con un articolo « Istologia Patologica del granuloma dentario ».

I lavori dovuti ai proff. De Vecchis, Gatto, Muzi, Gasparini, Zepponi, Palazzi, Catania, Perna junior, Lippo, Moramaico, Aprile, Cipparone, Benagiano, agli Aiuti della Clinica, Generale dott. Balestra e dott. Nicolò ed agli assistenti mettono a punto moltissimi problemi ancora dibattuti nei vari rami della odontoiatria, quali la terapia delle malocclusioni con gli archi linguali, l'etiologia delle disgnazie, la contenzione dei denti mobili con apparecchi protesici, la terapia canalare con la ionoforesi.

Nel volume v'è inoltre tutta una serie di lavori pratici ed utilissimi anche ai medici generici, quali le osteomieliti di origine dentaria, le sinusiti odontogene, denti e malattie professionali, i rapporti tra disodontiasi ed articolazione temporo-mandibolare, ecc.

La lettura, di questo volume mostra l'ampio panorama nel quale spazia l'odontoiatria moderna al cui sviluppo la Scuola Romana, con a capo il prof. sen. Amedeo Perna, ha contribuito in modo particolare.

La profondità delle indagini, l'armonica complessità dei corpi dottrinari specialistici, la nitida bellezza delle numerosissime figure sono la principale caratteristica di questo volume del quale non dovrebbe privarsi lo studioso che voglia tenersi al corrente delle odierne conoscenze e del progresso raggiunto da discipline che una volta erano umili ed oggi sono alla pari delle altre per l'importanza clinica e per il valore delle ricerche sperimentali.

DE VECCHIS.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

L. FERRANNINI. *Manuale di Semeiologia Medica Fisica e Funzionale.* Casa Editrice Libraria Idelson, Napoli, 1939. L. 90.

Il ben noto Manuale di Semeiologia Medica di Ferrannini esce ora nella sua 6ª edizione. La prima edizione essendo del 1903, l'A. ha lavorato attorno alle successive per ben 36 anni e ciò indubbiamente costituisce un record mai raggiunto e un pregio di continuità di indirizzo. Va quindi data la più ampia lode al prof. Ferrannini che ha saputo, tenendo aggiornato il suo manuale, dare alla classe medica italiana una completa trattazione di semeiotica su cui migliaia e migliaia di medici si sono formati per esaminare un infermo.

In più di 800 pagine ha esposta e concentrata tutta la semeiotica medica, fisica e funzionale, trattata con la chiarezza pratica del clinico di Bari. Nella continua elaborazione delle edizioni sono stati lasciati molti nomi e molti sintomi che il volgere del tempo aveva dimostrato di scarso valore, mentre sono ricordati quelli veramente utili, in modo che l'esposizione è esatta, snella, precisa, pratica e la lettura ne è facile e quanto mai didatticamente utile; 399 figure e 5 tavole a colori rendono di rapida comprensione, anche allo studente, la materia di così grande e fondamentale importanza per la preparazione dei medici e lo studio del malato. Non potendosi fare un esame dettagliato dell'opera del Ferrannini, basti dire che essa rimane fra le più complete, le più apprezzate e le più utili trattazioni di semeiotica.

Anche questa nuova edizione avrà quindi il successo delle precedenti, non potendo essa mancare sul tavolo di ogni studente e nella biblioteca di ogni medico.

C. F.

G. HOLLER, R. PFLEGER e R. PAPE. *Spezielle Symptomatologie und Diagnose der innerer Erkrankungen.* Editori Urban e Schwarzenberg. Berlino e Vienna. Prezzo RM. 40.

È un trattato di patologia medica dall'impostazione originale. Le malattie non sono raggruppate a secondo la loro etiologia o a seconda dei vari organi e sistemi prevalentemente colpiti, ma a seconda delle loro manifestazioni più imponenti ed evidenti. Dal sintoma si passa alle grandi sindromi. Così il capitolo sulle diarree comprende tutte le affezioni nelle quali questo disturbo è quello che più affligge l'infermo e più impressiona il medico visitatore: le gastroenterocoliti acute, il colera, le dissenterie, le pancreatiti, la sprue, le dispepsie, le enterocoliti croniche, la tubercolosi, l'actinomicosi, la sifilide, la blenorragia del retto.

Di ogni sintomo è fatta una dettagliata descrizione ed una chiara esposizione del loro meccanismo patogenetico, nonchè del loro significato clinico e prognostico. Di ogni malattia è fatta una succinta ma completa trattazione.

È un'opera d'istruzione e di consultazione e perciò veramente utile agli studenti ed ai medici.

Consta di due eleganti volumi scritti in un tedesco facile e stampati con tipi molto nitidi.

DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

**

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA

XLV Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

8 novembre 1939-XVIII, ore 9

Presidenza: proff. C. FRUGONI e G. SABATINI

(*Continuazione; v. num. 51, 1939*).

Terapia dello Scompenso cardiaco.

Proff. C. GAMNA, G. GIORDANO e L. CROSETTI.

Prof. C. GAMNA (Torino). — Il R. fa dapprima un sintetico cenno alla figura clinica dello scompenso cardiaco, mettendo in rilievo come al centro della situazione morbosa stia sempre la funzione del cuore e al punto centrale essa resti nella terapia, anche se non manchi una certa partecipazione della circolazione periferica nel senso emodinamico e metabolico e delle energie che accessoriamente la favoriscono, nè la possibilità di agire su questa a favore del cuore.

Ricordate le condizioni morbose da cui si può generare uno scompenso cardiaco, osserva che esse convergono in complesso in due condizioni fondamentali; una la sproporzione tra la attività imposta al cuore e la possibilità di mettersi in opera meccanismi di compenso adeguati, l'altra la dilatazione e l'ipertrofia del cuore che sono per sè stessi fattori, reale il primo, potenziale il secondo, d'insufficienza cardiaca. E l'azione terapeutica si fonda precisamente su queste condizioni, sul fatto cioè che l'equilibrio può essere parzialmente e totalmente ristabilito da un lato diminuendo il lavoro del cuore e del carico circolatorio, d'altro lato mettendo a partito fattori insiti nel meccanismo della circolazione spontaneamente o artificialmente (terapeuticamente) stimolati a prestazioni maggiori o ad adattamento.

Ne derivano per la terapia medica dello scompenso cardiaco due indirizzi fondamentali: uno di *terapia preventiva*, essendo note una parte delle condizioni che allo scompenso predispongono e conducono, l'altro di *terapia riparativa* che tende a diminuire i fattori immanenti e progressivi dello scompenso e a mettere in valore i fattori del compenso.

I. - Della *terapia preventiva* il R. illustra la primaria importanza dal punto di vista clinico e da quello medico-sociale. I fondamenti pratici di questa terapia sono:

a) un regime di vita adatto alle condizioni del paziente, cioè una misura di attività ben adeguata all'efficienza del cuore. Bisogna evitare o almeno ritardare quanto possibile la prima crisi di scompenso, che con la sua tendenza a ripetersi, apre in genere la via ad una china fatale;

b) pronta applicazione di piccola terapia riparativa alla prima comparsa dei segni clinici di scompenso;

c) una terapia causale delle alterazioni del cuore e dei vasi: la salicilica (se causale può essere detta) per le affezioni reumatiche, la antiluetica, le antinfettive specifiche o meno, la opoterapica nelle disendocrinopatie, la vitaminica, ecc.;

d) un trattamento preventivo dell'insufficienza circolatoria prima degli interventi chirurgici, degli sforzi fisici, del parto, nelle malattie infettive, ecc., a cuore sano e circolo normale, per osservare come l'uso dei cardiocinetici ad azione digitalica dia in queste condizioni poco o nessun rendimento, restando il campo d'azione della digitale quello del cuore insufficiente.

II. - Passando alla *terapia riparativa* il R. profila dapprima nei suoi tratti principali la situazione fisiopatologica che la terapia affronta quando si accinge a riparare ad uno scompenso cronico del circolo, ricordando in un quadro sintetico il complesso delle alterazioni anatomiche e funzionali che si producono nel cuore, nel circolo, nei tessuti. Queste stesse alterazioni diventando a loro volta fattori dello scompenso, si costituisce un circolo vizioso: effettiva terapia è soltanto ciò che interrompe questo giro vizioso e almeno ne rallenta la stretta opponendosi o riparando, in modo attivo o passivo alla deficienza della circolazione e alle deviazioni fisiopatologiche che ne conseguono. E come la funzione del cuore resta al centro del quadro clinico dello scompenso, gli interventi e le azioni più efficaci sono in definitiva, quelli che alleviano il lavoro del cuore e ne rinforzano l'azione. Le direttive terapeutiche, in questo senso, si concentrano nelle azioni seguenti:

a) il riposo assoluto, inteso non solo nella completa astensione da ogni attività, ma nel complesso di misure ambientali, igieniche, dietetiche che realizzano il massimo risparmio delle esigenze del circolo del ricambio endogeno ed esogeno;

b) *diminuire il carico circolatorio* con le note varie pratiche di sottrazione di sangue e di raccolte liquide cavitarie e interstiziali, di dieta asciutta e aclorurata; di mobilitazione di acqua e di sali (diuretici, purganti, ecc.).

c) la *medicazione cardiotonica*. Il R. premette un cenno sull'azione digitalica, in essa comprendendo l'azione di tutti i farmaci a tale azione tonica elettiva sul cuore e mette in particolare rilievo il posto che negli ultimi tempi ha preso nella terapia del cuore l'uso della strofantina endovenosa. Affermata l'identità fondamentale dell'azione terapeutica di tutti i corpi digitalici, ritiene però che a digitale e a strofantina spetti un posto distinto ed ugualmente importante nella terapia e siano perciò giustificate indicazioni speciali, che precisa nei loro tratti essenziali.

Il R. passa poi a tracciare i criteri direttivi fondamentali per la terapia cardiotonica e mette dapprima in rilievo la grande importanza, a questi fini, dello stato del cuore e più precisamente del miocardio.

Condizioni essenziali per l'azione digitalica son quelle proprie del cuore insufficiente, e cioè la dilatazione associata ad ipertrofia e l'aritmia perpetua per fibrillazione atriale, specialmente nella sua forma tachicardica.

Il campo più difficile a trattarsi è in pratica quello del cuore molto dilatato e quello del miocardio gravemente alterato, in quanto può mostrarsi ipersensibile all'azione digitalica. È nelle

più gravi e nelle più minacciose situazioni di scompenso che si apprezzano differenze praticamente più importanti nell'uso tra digitale e strofantina; il R. le mette in rilievo insieme alle ragioni che inducono a far impiego appropriato e prudente dell'uno e dell'altro medicamento nelle varie situazioni cliniche.

Viene poi considerata la posizione delle cure cardiotoniche nello stato di collasso acuto e protratto.

Il R. passa ora ai criteri fondamentali del dosaggio dei cardiotonici, mettendo in rilievo le ragioni che devono cercarsi quando una cura cardiotonica fallisce: la tardiva applicazione, la via di introduzione non adatta al caso, le dosi inadeguate, specialmente gli errori di sottodosaggio ecc.

Il R. considera infine il complessivo decorso delle cardiopatie e delle affezioni cardiovascolari tendenti allo scompenso ed assistite dalla relativa terapia; ne deduce che se l'effetto delle manovre di compensazione può riuscire ripetutamente a riportare la circolazione al grado della sufficienza, tuttavia la situazione clinica va di solito perdendo terreno facendosi i disturbi più stabili, le risposte alla terapia sempre più scadenti, la durata dei periodi di compenso sempre più breve.

Prof. C. Giordano (Torino). *Mezzi e metodi per la cura dello scompenso cardiaco nei loro principi e nelle loro applicazioni.* — L'ampiezza della materia e la trattazione necessariamente analitica rendono assai difficile un'esposizione sintetica. Sarà quindi necessario toccare soltanto alcuni punti principali.

Uno di questi è rappresentato dalla terapia causale. Mentre la cura dell'infezione luetica ha da tempo raccolto l'universale consenso, la cura dell'infezione reumatica è stata finora sottovalutata nella sua importanza. La somministrazione dei salicilici ha indicazioni molto più ampie di quelle comunemente seguite, e cioè dell'episodio acuto del reumatismo infettivo, perchè, secondo nozioni di recente acquisite, l'infezione reumatica non solo dà luogo a frequenti recidive, ma anche progredisce e si sviluppa subdolamente e cronicamente.

L'ampia materia della cura sintomatica è ordinata secondo alcune direttive fondamentali. Vengono così presi in considerazione successivamente: 1) i mezzi atti a diminuire le richieste di lavoro al cuore; 2) i farmaci che aumentano direttamente la capacità di lavoro del cuore e che contemporaneamente rendono questo lavoro più economico, cioè i digitalici e digitaloidi; 3) i mezzi medicamentosi e chirurgici che modificano i processi ossidativi tissurali; 4) i farmaci che aumentano la portata sanguigna delle arterie coronarie; 5) gli analettici.

Appartengono alla prima direttiva le comuni prescrizioni igieniche e dietetiche. Sono note le benefiche influenze del riposo, del sonno, degli ipnotici e dei sedativi. La dieta deve essere ricca di idrati di carbonio, povera di grassi e più ancora di proteine, povera di liquidi e di cloruro sodico. Anche la somministrazione dei diuretici deve seguire gli indirizzi proposti per le prescrizioni dietetiche. I diuretici mercuriali è bene siano usati con parsimonia nello scompenso cardiaco con imponenti edemi, perchè lo spostamento di una grande massa di liquidi dai tessuti al sangue porta un notevole aggravio di lavoro al cuore: non è nè necessario nè opportuno provocare la rapida scomparsa degli edemi. Sull'utilità del salasso e dell'evacuazione dei versamenti sierosi non occorre spendere parole.

I glucosidi digitalici e digitaloidi sono i farmaci più importanti di cui noi disponiamo per la cura dello scompenso di cuore.

Il complesso delle nostre conoscenze sull'attività di queste sostanze, i risultati dell'esperienza clinica, giustificano l'indirizzo terapeutico del R. che consiste nella loro somministrazione per quanto è possibile precoce, in una dose sufficiente ad ottenere il massimo ricupero della capacità lavorativa del cuore e nel prolungare la somministrazione per tutto il tempo necessario, al fine di mantenere il compenso, quando questo è stato ristabilito.

Non è possibile in un breve riassunto discutere le indicazioni elettive dei diversi glucosidi: esse dipendono più che dalla diversa attività, dalla rapidità con cui la loro azione si manifesta, dalla loro capacità di legarsi più o meno tenacemente al miocardio e quindi di dar luogo all'accumulo e dalla diversa entità dell'azione cronotropa, dromotropa negativa.

Il medico dispone oggi di preparati che possono dare ottimi risultati in ogni evenienza; però il suo giudizio sia per la scelta tra la digitale purpurea, la digitale lanata o la strofantina, che per la posologia non deve essere soltanto determinato dalle nozioni dottrinali sulle loro proprietà farmacologiche, ma piuttosto dai risultati che egli osserva al letto dell'ammalato.

La tireoidectomia totale nello scompenso di cuore rappresenta un grande esperimento che più importanza ha dal punto di vista dottrinale che pratico; i risultati ottenuti dimostrano infatti come sia possibile, seppure in pochi casi, migliorare sensibilmente l'attività cardiaca con un meccanismo d'azione essenzialmente periferico, modificando cioè il consumo di O_2 dei tessuti. L'ossigenoterapia può invece riuscire assai utile e la sua applicazione meriterebbe una maggiore diffusione.

Siccome l'irrorazione sanguigna del miocardio ipertrofico è inferiore a quella del miocardio normale, e quindi minore è l'apporto di ossigeno — e ciò è tanto più importante perchè di solito il cuore in queste condizioni è sottoposto ad un maggiore lavoro — risulta per conseguenza l'opportunità di impiegare nella cura dello scompenso di cuore anche farmachi che aumentano la portata cardiaca delle arterie coronariche. Pure a proposito di questi medicamenti vale ciò che altra volta il R. ha ripetuto, ossia che la loro somministrazione non deve essere solo ristretta all'episodio dello scompenso.

Gli analettici hanno nella cura dello scompenso di cuore un'importanza secondaria. Essi devono sempre essere usati come complemento della cura digitalica o strofantinica.

Prof. L. Crosetti. *La terapia dello scompenso cardiaco nelle diverse forme cliniche.* — Il R. si richiama ai fondamenti dottrinali dell'applicazione della terapia preventiva dello scompenso cardiaco per venire alla conclusione fondata anche sulle

osservazioni cliniche che se la digitalizzazione preventiva di cuori sani in preparazione di cimenti eccezionali (interventi chirurgici, parto, ecc.) costituisce un procedimento di dubbia utilità, essa per contro è nettamente indicata quando si tratti di soggetti già caduti precedentemente in scompenso, sia allo scopo di evitare una recidiva di questo, sia nell'intento di preparare il cuore a eccezionali prestazioni.

L'applicazione dei mezzi terapeutici negli stati di scompenso deve in primo luogo consistere in una serie di misure generali riguardanti l'alimentazione, ed in particolare il contenuto in cloruro sodico ed in liquidi della dieta, la regolarizzazione dell'alvo, il riposo, ecc., mezzi che vengono illustrati nel loro impiego clinico.

Vengono poi ricordate le particolari modalità di attuazione delle cure etiologiche dello scompenso nei casi in cui queste sono possibili, soprattutto nell'infezione reumatica ed in quella luetica, oltre che in una serie di situazioni che hanno minore importanza pratica sia per la loro rarità che per la incertezza tuttora esistente nei riguardi della patogenesi.

Per quanto i mezzi cardiotonici di cui disponiamo possano venire in ultima analisi ritenuti capaci di un'analoga azione sul cuore scompensato, tuttavia l'applicazione clinica di essi varia notevolmente nelle diverse modalità di presentarsi dello scompenso di cuore.

Il Relatore si sofferma sulla distinzione così radicata nella letteratura fra i quadri d'insufficienza destra e sinistra, venendo alla conclusione che, come lo scompenso va considerato un fenomeno unitario e interessante in modo globale il viscere, così non è il caso di parlare di una indicazione elettiva della strofantina nello scompenso sinistro e della digitale nello scompenso destro, dal momento che gli stessi effetti sono ottenibili con i due glucosidi.

Il Relatore, allo scopo di tracciare con completezza di particolari la cura cardiotonica tipo si sofferma sul quadro dello scompenso cronico in corso di vizio mitralico da prevalente o esclusiva insufficienza valvolare, non associato a fibrillazione atriale. Questa figura gli dà modo di soffermarsi partitamente, oltre che sulle misure generali integratrici della cura medicamentosa, come ad es. il salasso, sulla vera e propria terapia cardiotonica.

Circa l'attuazione della cura il R. è contrario alla sistematica digitalizzazione massiva iniziale, la quale può presentare pericoli in caso di ipersensibilità del soggetto, ipersensibilità che non è possibile valutare esattamente prima del trattamento. Crede preferibile come linea di condotta generale una posologia di attacco a dosi medie, in modo da raggiungere il completo effetto digitalico nel corso di 2-3 giorni.

Per quanto riguarda la scelta della preparazione digitalica il R. mette in evidenza gli innegabili inconvenienti a cui, nella pratica, danno luogo i preparati galenici, essenzialmente per la incostanza di attività e per la loro scarsa stabilità. L'introduzione della stabilizzazione delle foglie è ancora ben lontana dall'avere nella pratica riparato a tutti questi inconvenienti.

La posologia media giornaliera delle dosi di attacco viene indicata attorno all'equivalente di 30 ctgr. di foglie titolate, nei casi di media gravità. La posologia delle dosi successive dev'essere strettamente individualizzata in funzione degli effetti osservati nelle prime somministrazioni. Solo lo stretto ed intelligente controllo clinico può a questo riguardo venire considerato come elemento razionale di guida per la ulteriore condotta terapeutica, mentre tutti gli altri criteri desunti da indagini di laboratorio che si è cercato di introdurre come utili allo scopo, si dimostrano non idonei.

Dopo aver illustrato le misure terapeutiche da attuare di fronte alla comparsa di fenomeni di intolleranza, il R. si occupa delle modalità preferibili nella continuazione della cura cardiotonica, quando questa debba venire prolungata. Alla digitalizzazione sistematica protratta a piccole dosi preferisce la somministrazione intervallata che meglio si presta alla integrazione con digitaloidi. Fra questi va data la preferenza all'oleandro.

Non crede utili le associazioni di digitale e strofanto per via orale.

Quando l'effetto digitalico non sia provocabile anche con dosi alte, la terapia digitalica va interrotta per essere eventualmente più tardi ripresa valendosi della strofantina. Anche con l'uso esclusivo di questa è possibile ottenere buoni risultati nel comune scompenso mitralico, dove però, per ragioni pratiche, è preferibile la cura digitalica.

Nei casi di fibrillazione atriale, specialmente se accompagnati da tachisistolia ventricolare, la terapia digitalica ha, com'è noto, la sua indicazione più classica, mentre nel raro scompenso bradicardico del fibrillante è più opportuno ricorrere alla terapia strofantinica. Vengono poi ricordate le particolari cautele che si rendono necessarie nella cura cardiotonica dello scompenso quando lo stato di fibrillazione si sia istituito da lungo tempo, per il pericolo di embolie. Anche il trattamento chinidinico viene illustrato nella sua applicazione clinica sia per quanto riguarda la cura di attacco che di mantenimento. Nello scompenso altamente edemigeno l'uso dei diuretici mercuriali così generalizzato nella pratica va attuato con particolari cautele. Vengono poi illustrati per la integrazione spesso utile che possono fornire alla cura cardiotonica alcuni digitaloidi e fra questi soprattutto i glucosidi della scilla, dell'adonis, dell'oleandro, recentemente ricomparso sulla scena della terapia.

Nello scompenso dei portatori di stenosi mitralica non accompagnata a insufficienza valvolare nè a fibrillazione auricolare, è necessaria una particolare prudenza nella condotta della cura, preferendo alla digitale la strofantina, in dosi adeguate.

Nello scompenso cardiaco nell'aortico, nell'iperteso ed in genere nei quadri dominati dalla cosidetta insufficienza ventricolare sinistra, è preferibile la terapia strofantinica la quale deve essere attuata per via endovenosa. Il R. ricorda di questa le modalità di attuazione e le controindicazioni, intrattenendosi anche sull'uso del glucoside cardioattivo di Stoll di recente introduzione, il K-strophantosid. Il R. ritiene preferibile di saggiare la tolleranza del malato con una dose iniziale piuttosto bassa (1/8 di mmgr.) per passare poi subito alla dose media giornaliera di 0,25,

0,40 mmgr., questi ultimi distribuiti in due iniezioni.

A conclusioni sostanzialmente negative perviene nei riguardi della terapia strofantinica per via orale, la quale anche nelle alte dosi che vengono oggi consigliate si dimostra di effetto incostante e dà luogo frequentemente a intolleranza gastrica.

Nel trattamento delle manifestazioni acute di asma cardiaco e di edema polmonare, si deve ricorrere alla compressione del seno carotideo, al salasso, alla introduzione endovenosa di strofantina e di combinazioni di narcotici, di sedativi, di angiospastici. L'accesso di angina pectoris richiede l'impiego di vasodilatatori, di angiospastici, di sedativi; quando coesistono segni chiari di insufficienza miocardica è assai utile la terapia strofantinica endovenosa in associazione alla papaverina. Indicazioni limitate ha per ora la terapia chirurgica.

Nel trattamento prolungato di quadri di insufficienza cronica del ventricolo sinistro ipertrofico la digitale adeguatamente impiegata si dimostra di grande utilità.

Un accenno viene poi dedicato alla terapia dello scompenso in portatori di stenosi aortica, di mitralizzazione dei vizi aortici, delle lesioni valvolari del cuore destro, delle principali anomalie congenite.

Lo scompenso nei portatori di lesioni coronariche, quando queste siano suscettibili di influenza da parte della terapia, indica l'impiego, associato alle misure cardiotoniche, dei vari derivati e combinazioni della teofillina.

La terapia dello scompenso in presenza di extrasistoli (ventricolari presenta particolari limitazioni soltanto quando queste dimostrino tendenza alla alloritmia ed a questo riguardo viene ricordato l'impiego del chinino e della chinidina. Viene anche illustrata l'applicazione di questa nell'accesso di tachicardia parossistica assieme alle note manovre talvolta utili in questa contingenza ed alle recenti esperienze che indicano nella terapia digitale endovenosa ad alte dosi un sussidio talvolta risolutivo della situazione.

Nella terapia dello scompenso in presenza di disturbi della conduzione atrioventricolare il R. ritiene indicata la digitale soltanto quando dopo accurata valutazione del quadro si possa ritenere utile un tentativo diretto a trasformare un blocco parziale in totale.

Nello scompenso dell'ipertiroideo è necessaria la preventiva o per lo meno contemporanea attuazione della cura causale, la quale esige particolari cautele nel mixedematoso. Per quanto riguarda la tiroidectomia totale come cura dello scompenso cronico, il R. dice che dal punto di vista pratico ben scarsi sono i risultati che possiamo almeno per ora attenderci dal nuovo metodo, in quanto che se nei casi lievi di scompenso esso non può venire in discussione, nei casi gravi sono tali gli inconvenienti che porta con sè lo stato di marcato ipotiroidismo che è necessario provocare e sopratutto sono così poco duraturi gli effetti utili dell'intervento che questo può venir considerato soltanto come un esperimento degno della più grande attenzione, che non può però attualmente venire perseguito che a scopo di studio ulteriore.

Praticamente del tutto negative sono le conclusioni del R. circa l'utilità di altri mezzi proposti quali la Roentgen-irradiazione della tiroide e analoghe pratiche fisiche.

L'ossigenoterapia costituisce un mezzo certamente utile nel trattamento dello scompensato: esso esige però particolari attrezzature difficilmente realizzabili, per lo meno su vasta scala.

Ore 15 - 8 novembre 1939.

Presidenza: Prof. G. Di Guglielmo.

Discussione della Relazione.

V. Puddu (Roma). — Richiama anzitutto l'attenzione sull'assistenza sociale che dovrebbero avere i cardiaci in Italia, similmente a quanto viene fatto in altri paesi. In secondo luogo sostiene la necessità di un interessamento per cui anche dalla nostra Farmacopea venga prescritta la titolazione delle foglie di digitale. L'O. infine si dichiara d'accordo con i Relatori sulla risposta sfavorevole della stenosi mitralica pura di fronte al trattamento digitalico. Tali malati secondo l'O. vanno considerati non tanto sulla base del quadro cardiaco locale, quanto sulla figura complessiva della loro situazione circolatoria, caratterizzata da fenomeni di ipertensione polmonare con assenza di stasi periferica, ragione per cui in essi la strofantina e la digitale riescono dannose, inquanto ambedue questi farmaci provocano aumento dell'attività sistolica del ventricolo destro ipertrofico e quindi aumento della già esistente ipertensione polmonare.

M. Coppo. (Roma). — L'O. ricorda che accanto all'ipovitaminosi B_1 primitiva (tipo beri beri conclamato o frusto) si ammetta esista un'ipovitaminosi B_1 secondaria, dovuta a squilibrio fra valore calorico e quota idrocarbonata del vitto da un lato e la quantità di aneurina dall'altro. Una dieta prevalentemente idrocarbonata e l'alcoolismo cronico sono considerate due cause importanti e frequenti di ipovitaminosi B_1. Il problema dell'importanza di una eventuale ipovitaminosi B_1 nella patogenesi dello scompenso di cuore, può quindi essere enunciato nei termini seguenti: bisogna stabilire se l'ipovitaminosi B_1 secondaria o relativa, possibile nei nostri climi attraverso uno dei meccanismi di cui si è fatto cenno, ha o non ha dalle ripercussioni patologiche dimostrabili sul miocardio. È noto che il beri beri determina gravi lesioni cardiache. Ritiene importante questo problema, perciò è forse possibile un efficace profilassi ed una cura efficace di alcuni casi di cardiopatia. Conclude che, in ogni modo, i rapporti fra scompenso di cuore e vitamina B_1 debbono essere mantenuti entro questi limiti.

L. Condorelli (Catania). — Ritiene che è meglio parlare di insufficienza cardiaca o meglio di circolo, dato che la sintomatologia dimostra l'esistenza di adattamento del circolo alle nuove condizioni fisiopatologiche che si determinano, intendendo però l'insufficienza di circolo non come una malattia cardiaca, ma come una malattia generale. E ciò ha molta importanza per la terapia, inquanto occorre ricordare che le crisi di insufficienza di circolo lasciano quasi sempre a carico del miocardio danni irreparabili. È necessario perciò che la cura sia possibilmente profilattica nel

senso che, oltre alla terapia etiologica e le norme igienico-dietetiche, essa deve mirare a sostenere il cuore nelle nuove condizioni determinatesi.

La terapia coronarica che miri a migliorare le condizioni di nutrizione del miocardio è il miglior mezzo preventivo della insufficienza di circolo. Questa terapia fatta con basi puriniche va però fatta con grande prudenza, inquanto bisogna non turbare la pressione arteriosa e inibire l'azione costrittiva del tono vagale. Mentre quindi potrebbe sembrare che tale terapia dovesse essere una base comune di qualsiasi terapia della insufficienza di circolo, essa rappresenta un'arma preziosa, ma delicata da adattare al singolo caso. Atropina, basi puriniche, analettici sono in genere i componenti di questa terapia. In molti cardiopatici (miocardiosclerotici, coronarici) farmaci a tipo vagale (acetilcolina, derivati di insulina, ecc.) che agiscono attraverso il vago sulla pressione arteriosa, possono riuscire dannosi, perchè l'abbassamento della pressione coincide con una vasocostrizione coronarica. La vitamina C sembra all'O. raccomandabile per la sua influenza favorevole sulla nutrizione miocardica; così ad. nei cardiopatici cianotici, l'acido ascorbico per via endovenosa è molto indicato, facendo regredire prontamente l'acetonemia, frequente in queste forme

Molta accortezza occorre anche per la terapia strofantinica e per quella digitalica. Quest'ultima, quando è danneggiato il circolo coronarico, è controindicata per la sua azione eccito-vagale.

Per quanto riguarda i diversi glucosidi della digitalis lanata, l'O. in base alla sua esperienza può affermare che il glucoside lanadigina è preferibile per la sua debole azione vagale e per il suo grado minimo di tossicità. Ha inoltre azione antitachiritmica netta, senza che vi sia stimolo vagale e l'azione cumulativa è minima, per cui sono possibili cure di mantenimento continuo.

Circa la strofantina per via endovenosa, l'O. ritiene che è sempre bene attenersi ad un grande frazionamento, cominciando da dosi iniziali minime (1/64 di mgr.) al fine di saggiare la tollerabilità dell'individuo; l'associazione della strofantina alla caffeina, secondo l'O. va fatta con grandissima prudenza, non essendo scevra di pericoli.

L'O. conclude che ogni malato di insufficienza di circolo può presentare incognite particolari, sicchè il medico pratico deve essere accorto nel valutare caso per caso il medicamento adatto.

L. GIUFFRÈ (Palermo). — Richiama l'attenzione sul concetto di compenso e scompenso cardiaco. Crede che sia preferibile parlare non di ipertrofia compensatoria, ma di adattamento e di parlare non di scompenso, ma di insufficienza funzionale. Dice che tra i mezzi di terapia preventiva si deve annoverare l'allenamento, come si pratica anche nel caso di individui a cuore sano, giusta i dettami di antichi maestri della Clinica (Cardarelli, De Giovanni ed altri).

L. VILLA (Milano). — L'O. si sofferma anzitutto sulle controindicazioni della terapia digitalica, da valutarsi alla luce critica dei casi di morte, talora improvvisa, a seguito di detta terapia. In secondo luogo desidera soffermarsi sulla importanza pratica spettante al glucoside C caratteristico della digitale lanata, da lui studiata su oltre 40 casi disparati di scompenso, glucoside ben distinto dalla lanadigina. Esso infatti, come già detto da Condorelli, presenta il vantaggio di poter essere usato oltre che per os per via parenterale; nell'uso endovenoso poi esso dimostra spiccatissima velocità di azione quale risulta dal rapido senso subiettivo di benessere del malato, dall'inizio del rallentamento del polso, dalla ripresa precoce della diuresi, fenomeni che in qualche caso si sono manifestati entro le prime ore con decisa evidenza, mentre fenomeni gravemente molesti mancano anche in caso di ripetizione di dosi e di prolungato uso del medicamento.

Per la rapidità di azione il glucoside C della dig. lanata si avvicina nettamente alle strofantine, senza perdere in nulla i pregi della digitale. L'O. espone infine i dati delle dosi usate, precisa una dose media terapeutica calcolata secondo le esperienze fatte sinora e conclude ritenendo che il glucosio C della digitale lanata possa costituire un reale progresso nella terapia dello scompenso cardiaco.

P. STANGANELLI (Napoli). — Ritiene che porre al centro della patologia dello scompenso il momento emodinamico, rappresentato dall'insufficienza del cuore, non significa trascurare quelle provvidenze che si rivolgono agli altri due settòri, periferia circolatoria e ricambio.

Per quanto riguarda l'uso della digitale o della strofantina nella terapia dello scompenso cardiaco, in base alla sua esperienza l'O. ritiene che riservando la strofantina a casi ben individuati, l'azione della digitale-tipo che si ricerca nella strofantina si può ottenere con maggiore tranquillità con gli ottimi preparati di digitale di cui disponiamo. Dal punto di vista terapeutico importante poi è la differenza tra insufficienza cardiaca e insufficienza polmonare. Quanto alla forma di somministrazione della digitale, le preferenze dell'O. restano ancora alla vecchia foglia ed al classico infuso. Infine secondo l'O. nella terapia dello scompenso non deve essere dimenticato l'adonis che la Scuola napoletana prescrive non solo in sostituzione, ma con indicazione un po' diversa dalla digitale, sulla base delle ricerche di Marfori, quando esiste una stasi di alto grado.

D. PACE (Napoli). — Per poter fare la terapia profilattica dello scompenso cardiaco, occorre fare la diagnosi precoce dello scompenso. Fra i sintomi di allarme nello scompenso sia nei malati di vizio venoso sia in quelli di vizio arterioso, l'O. accenna ad un suo segno particolare, quello della percussione dolorosa dal fegato, all'epigastrio, capace di svelare il primo istituirsi di una stasi epatica nel silenzio completo dei sintomi comuni dell'insufficienza cardiaca. L'O. accenna pure all'importanza delle cure profilattiche antiluetica ed antireumatica. Quanto alla digitalizzazione preventiva degli operandi, l'O. si dichiara contrario, ritenendola inutile e forse dannosa, mentre la cardiaca mitralica gravida e prossima a partorire deve essere diligentemente digitalizzata. L'O. pur ammirando il geniale concetto miocardio-genetico dello scompenso, illustrato dal Condorelli, ritiene più utile nell'interesse dei pratici di conservare la tradizionale distinzione in due tipi di scompenso, un tipo venoso mitralico ed un tipo arte-

rioso o aortico, miocarditico, ipertensivo ed ugualmente sostiene che si debba in generale riservare l'uso dei digitalici nel tipo venoso, l'uso della serie strofantinica nel tipo arterioso.

L'O. accenna anche allo scompenso degli anginosi specie ad esordio dell'angina coronarica, ed allo scompenso nel blocco cardiaco, ed al trattamento corrispettivo. Quanto alla cura strofantinica degli anginosi, l'O. è assolutamente contrario. L'O. conclude che non esiste una causa standardizzata dello scompenso, ma una cura del singolo scompensato, previamente studiato con i mezzi moderni d'indagine, non solo sul cuore, ma anche e sopratutto sulle altre regioni periferiche del circolo e dei visceri, che più hanno rapporti consensuali col cuore e che o sono causa di scompenso o ne subiscono i danni.

M. LANDOLFI (Napoli). — L'oratore è lieto che le relazioni degli illustri relatori abbiano rivalutato idee che dalla sana tradizione sono state sempre affermate, e che spesso sono messe in discussione: la preferenza data al cuore centrale rispetto al periferico, l'importanza della digitale nella cura del cuore, la somministrazione di essa *per os* e per via rettale, l'uso della morfina così efficace tal fiata in molte contingenze, il tener conto anche del vizio cardiaco e non del solo stato del miocardio, ecc. Crede necessario conoscere i minimi scompensi del cuore, facendo una diagnosi precocissima, per i quali ha indicato dei metodi già noti, e dei quali si occupa in una comunicazione che presenta per gli atti del Congresso, nella quale afferma anche che occorre un esame potenziale dei surreni, per il quale ha invocato un metodo proprio, cui vorrebbe aggiungere quello inedito del collega prof. R. Marotta. Rivendica al suo insigne Maestro professor Rummo le varie fasi del compenso e dello scompenso del cuore, che vanno rivalutate per gli effetti terapeutici. Ed infine afferma che il medico pratico nella cura dello scompenso cardiaco deve essere più artista che scienziato, tenendo presenti i vari elementi che occorre considerare nel determinismo della terapia dello scompenso: fattori costituzionali, fenomeni interstiziali, cura causale, sintomatica, patogenetica, valutare il cuore periferico dopo il centrale, il vizio cardiaco, la forma di essi, lo stato del miocardio e dei vasi, specie il ritmo, non tracciando soprattutto una cura psichica (autoemoterapia)

P. PERONA (Padova). Ringrazia i RR. per l'affermazione che la Radiologia può portare notevole contributo nel vasto campo della terapia nello scompenso cardiaco. Non appena iniziata la cura primo compito del medico infatti è quello di vigilare sulle modificazioni del cuore sia con l'esame diretto di questo, sia con l'esame degli altri organi che della funzionalità cardiaca sono delle spie preziose. Tra questi ultimi primi sono i polmoni che costituiscono un vasto campo d'indagine finora appena sfiorato dalla Radiologia, mentre invece non deve essere trascurato. Se le condizioni del p. non permettono un esame cardiografico polmonare a paziente eretto, non si deve mai rinunciare a praticarlo a paziente supino, potendo fornire preziosi elementi sulle condizioni delle basi ed indirettamente un indice sulla efficienza miocardica del cuore malato, affaticato, incapace a supplire alle richieste del circolo rivela infatti anomalie nelle escursioni che di poco si allontanano da quelle segnalabili a paziente eretto e che sfuggono di rado ad un osservatore paziente ed allenato. Se ad ogni modo tali anomalie od aspetti allo scopo possono dare semplicemente dei dubbi, è evidente che la chimografia può portare decisivi chiarimenti in merito ed infatti l'O. si sta occupando di tale questione e quanto prima renderà noti i risultati. Ad ogni modo nei pazienti meno gravi o per lo meno in condizioni da essere esaminati in stazione eretta, la metodica chimografia può dare un controllo veramente obiettivo e le conclusioni si rendono per lo più evidenti per le differenze sensibili che spesso si rilevano prima e dopo la cura. Sopratutto nelle miocarditi ed in particolare nell'infarto cronico, anche dove vaste zone erano colpite dal processo fibroplastico, l'O. ha potuto vedere risultati veramente sorprendenti che collimavano completamente con le migliorate condizioni subiettive.

In più di un caso mentre al primo esame era evidente un'immobilità alla metà inferiore della marginale ventricolare sinistra, l'esame successivo eseguito dopo un breve periodo di riposo ed un trattamento con uabaina, dimostrava un quadro sostanzialmente diverso: più evidenti le escursioni della base e nettamente distrutte, anche meno profonde, le grafiche puntali e soprapuntali. Tutto ciò in concordanza con il miglioramento delle condizioni generali del malato.

L'O. quindi concude insistendo sulla utilità del metodo chimografico impiegato con queste particolari finalità.

(*Continua*). R. R.

PRECISAZIONI

Morbo di Banti e sindromi bantiane.

Riterrei superfluo rispondere all'articolo del dott. Bianchi « Morbo di Banti e Sindromi Bantiane » comparso in rubrica « Precisazioni » di questo giornale N. 2, 15 gennaio 1940, perchè il dott. Bianchi non fa che ripetere argomenti già da me esaurientemente controbattuti nella mia risposta al prof. Biancheri in seno al recente Congresso delle Soc. It. Riunite di Medicina e Chirurgia in Napoli. Ma sono costretto a rispondere soprattutto perchè il dott. Bianchi nelle sue « Precisazioni » mi ha arbitrariamente attribuito affermazioni del tutto inesatte a proposito della legatura dell'arteria splenica. Il Bianchi scrive: « Al prof. Castiglioni non è sembrato di dover concedere una certa fiducia alla legatura dell'arteria splenica. Neppure verso la splenocleisi lo stesso autore ha dichiarato di nutrire fiducia ». Se è vero, anzi verissimo che da quanto io penso, e da quanto ho scritto nella relazione e detto al Congresso, risulta che io non nutro fiducia sulla splenocleisi, è invece frutto di pura fantasia l'affermazione attribuitami dal dott. Bianchi sulla legatura. Basterebbe che egli leggesse con maggior attenzione la mia relazione, che non posso qui trascrivere, ma da cui traspare nel modo più chiaro che io, mentre ho negato importanza alla splenocleisi, ne ho dato molta alla legatura, sia pure in subordine alla splenectomia. Fra le numerose mie affermazioni gliene ricordo qualcuna: a pag. 114 è scritto: « I presupposti teorici indicati da Greppi hanno avuto conferma pratica da risultati migliori (dopo legatura) in casi a larga componente congestizia. La legatura poi a mio avviso, nei casi con fitte aderenze perispleniche e con note di cirrosi epatica atrofica, potrebbe presentare, oltre che una riduzione del rischio operativo (in confronto alla splenectomia), un vantaggio, evitando la distruzione di aderenze provvidenziali per lo scarico circolatorio portale » e a pag. 116: « in sostanza la legatura dell'arteria splenica in sede pre-soprapancreatica è intervento con ragione oggi entrato nella pratica, per quanto la sua indicazione debba essere messa in secondo piano in confronto di quella della splenectomia... I rischi e le controindicazioni di questa, danno però alla legatura il carattere di intervento di ripiego, ma praticamente utile e capace di dare successi a lungo persistenti per quanto non costanti » e a pag. 123: « La legatura dell'arteria splenica, pur mantenendo il carattere di intervento di ripiego in confronto della splenectomia, riservato ai casi in cui la splenectomia presenta pericoli o difficoltà tecniche, può dare buoni per quanto non costanti risultati a distanza, specialmente nelle forme con larga componente congestizia, ecc. ».

E potrei continuare con le mie citazioni, ma mi limito a ricordare che non solo fin dal 1932 ho comunicato un ottimo risultato tuttora persistente in un caso di splenomegalia congestizia con cirrosi, studiato da Greppi e da me operato di legatura; ma che ho pure in più occasioni sostenuto che, seguendo le moderne conoscenze di tecnica la legatura, evita pressochè sicuramente lo sfacelo splenico.

Il dott. Bianchi è padronissimo di scrivere come ha scritto di essere persuaso in pieno che « la splenocostrizione dal punto di vista etiopatogenetico (sic!) e ragionativo persuade in pieno a priori » ma ha il dovere di dare dimostrazioni obbiettive prima di scrivere che risulta « il contrario di quanto è stato espresso da Castiglioni ».

Per dimostrare l'attendibilità aprioristica dei fatti, non basta scrivere « consegue dunque », ma occorre basarsi su premesse obbiettivamente dimostrate e non su personali opinioni, neppur documentate dalla osservazione anatomica o fisiologica.

Per esempio: l'affermazione non facilmente persuasiva che il sangue in una splenomegalia ridotta a milza fibrosa « a tipo di minuscola focaccia appiattita tra le pareti » debba necessariamente circolare con maggior velocità, così da portare vantaggio all'organismo, meriterebbe almeno dimostrazioni anatomo-fisiologiche in cui venga scientificamente discriminato il fattore apporto arterioso e deflusso venoso. Se le cose fossero così semplici, come il Bianchi afferma, una splenomegalia Bantiana non dovrebbe più agire dannosamente sul fegato, diventando sclerotica: il che non è.

A differenza che nella splenocleisi, colla legatura noi agiamo direttamente sull'apporto arterioso, così da equilibrare afflusso e deflusso, come ho ampiamente detto nella relazione.

Noi abbiamo cercato la dimostrazione anatomica e sperimentale anche colla dislocazione e fissazione splenica e le ricerche sperimentali di Pettinari, illustrate al Congresso, hanno dimostrato fra l'altro che una milza dislocata e racchiusa fra le pareti, secondo una tecnica analoga a quella della splenocleisi, determina effetti dannosi anzichè favorevoli, sul fegato. Si aggiunga che il concetto informativo invocato a base della splenocleisi per Morbo di Banti o anemia splenica fu basato e recentemente riconfermato (1938) sul presupposto di una splenomegalia emolitica: presupposto perfettamente contrario al concetto esposto dal maestro fiorentino, confermato dall'indagine ematologica e anatomica: concetto condiviso dai nostri maggiori studiosi di patologia splenica e confermato nello stesso recente Congresso.

E neppure discuto l'affermazione del tutto personale del dott. Bianchi, il quale ha persino scritto nel suo articolo che « Banti nella sua veduta originale » ammetteva la milza tossigena « *in preda a iperemia passiva* »...

Ho già esposto le ragioni per cui il concetto di una capsula perisplenica così compatta da comprimere la milza fissata per primam secondo la più recente tecnica della splenocleisi, al peritoneo e ai muscoli, non persuade.

Al Congresso di Napoli ho obbiettato al prof. Biancheri che se la milza è fissa, la splenocleisi diventa non meno indaginosa e quindi pericolosa della splenectomia: al che il Biancheri ha opposto che la splenocleisi viene riservata a milze mobili; ma se così dovesse essere, la splenocleisi troverebbe indicazione proprio dove la splenectomia è più facile, meno pericolosa, quando si tenga conto che è ormai dimostrato che di fronte a cattive condizioni generali per anemia abbiamo oggi molti mezzi, a cominciare dalle trasfusioni di sangue, capaci di metter l'a. in condizioni di sopportare una splenectomia rapida e facile, cioè un intervento non gran che più lungo nè più traumatizzante della splenocleisi.

Si tenga poi presente che nelle forme Bantiane progredite al 3° stadio con compromissione epatica la milza ha già contratto aderenze nella generalità dei casi, che possono ostacolare tanto la splenectomia come la splenocleisi. Comunque, in caso di grave compromissione delle condizioni generali possiamo trovare nella legatura un intervento non traumatizzante e razionale.

Nel caso poi che la fissità parziale splenica dovesse limitare la cosidetta splenocostrizione ad un sol polo, come è stato realmente fatto, si comprende ancor meno aprioristicamente come si possa realizzare una splenocostrizione, a meno di voler considerare gli effetti della splenocleisi solo dovuti a una splenofissazione parietale come già ho detto al Congresso: splenofissazione a cui madre natura di solito già provvede colla formazione di aderenze patologiche nei casi avanzati.

Credo di avere qui giustificato ancora una volta la mia convinta asserzione che i presupposti teorici della splenocleisi non persuadono a priori, e dovrei dire che la mia mancata persuasione è stata pure sentita da pressochè tutti i chirurghi se dopo quasi un quarantennio da che è stata proposta la splenocleisi non ha trovato pratica applicazione.

Ho aggiunto nella mia relazione che l'esperienza clinica sulla splenocleisi è troppo limitata per poter ammettere la praticità del metodo. Il Bianchi nel suo articolo scrive: « la splenocleisi risulta inoltre persuasiva in base ai fatti clinici ». Quali sono questi fatti clinici? Dall'articolo di Bianchi risultano operati da Schiassi 3 casi dal 1902 ad oggi. A questi casi il Bianchi ne aggiunge un altro di Biancheri. In totale, secondo Bianchi 4 operazioni di splenocleisi: ben poche di fronte alle migliaia di splenectomie e moltissime legature eseguite nel frattempo.

Ma il Bianchi dimentica un altro caso operato di splenocleisi da Mugnai e riportato da Silvestrini nella sua bella monografia sulla Patologia della milza, Bologna, Cappelli 1924, pag. 381, caso seguito da morte per emorragia. Casistica dunque scarsa, personale; senza controllo anatomico salvo qualche biopsia non sempre dimostrativa per M. di Banti: 5 casi complessivi, tra cui uno seguito da morte.

Le recenti statistiche per splenectomia non sono forse meno confortevoli.

Io non contesto nè al dott. Bianchi nè a chicchessia il diritto di praticare operazioni di splenocleisi. Sarà anzi bene che il dott. Bianchi stesso ne esegua, così egli potrà documentare le proprie precisazioni con l'esperienza personale. Da parte mia preferisco per ora attenermi alle obbiettive documentazioni, prima di esprimere opinioni in favore di un intervento operatorio che finora non ha ottenuto il consenso dei chirurghi.

Milano, 25 gennaio 1940-XVIII.

Prof. GIOVANNI CASTIGLIONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Recenti nozioni sui tumori.

Due interessanti articoli sul meccanismo di sviluppo dei tumori contiene *L'Attualità Medica*, n. 7-12, 1939. Nel primo l'accademico prof. P. Rondoni, dopo una chiara esposizione sulle cause oncogene in generale e sui vari fattori interni ed esterni che influiscono sull'insorgenza e sullo sviluppo del tessuto neoplastico, si sofferma sulla questione del cosiddetto « cancro ormonale », provocato cioè dagli ormoni estrogeni. In base ad un'analisi rigorosa delle osservazioni dei diversi autori, si può concludere che un'azione oncogena degli ormoni estrogeni, fuori degli organi genitali e della mammella, è oltremodo limitata e tutt'altro che regolare; anche sugli organi suddetti tale azione, che richiede dosi molto elevate e trattamenti prolungati, è di grado molto inferiore a quella di certi idrocarburi sulla pelle, ed è sopratutto molto più profondamente condizionata da fattori genetici (ereditari). Pertanto è ingiustificata la paura di qualche medico di fronte alla terapia con gli ormoni sessuali femminili; basterà, prima di intraprendere la somministrazione, tener conto dei fattori ereditari ed esaminare accuratamente il soggetto, per evitare che passino inosservate manifestazioni neoplastiche iniziali che poi verrebbero attribuite alla cura.

Nell'altro articolo, del prof. B. Borghi, viene studiata l'azione degli idrocarburi oncogeni ed è ripreso l'argomento del supposto potere oncogeno della follicolina. L'A. ricorda la poca attendibilità delle ricerche positive e ne riferisce altre negative, più numerose e più esaurienti, nelle quali l'azione degli ormoni è stata anche associata, sempre con resultati negativi, a quella di fattori oncogeni molto potenti. Neppure la struttura chimica della follicolina, che ha in comune cogli idrocarburi oncogeni il sistema fenantrenico, può essere invocata a sostegno della ipotetica azione oncogena, in quanto questa non dipende da tale sistema. Si conferma quindi il punto di vista, teorico e pratico del Rondoni, escludendo che gli ormoni sessuali possano considerarsi fattori oncogeni e che la loro applicazione *clinica* possa riescire dannosa. A. P.

L'acido chinolein-carbonico nei cancri secondari delle ossa.

L'acido chinolein-carbonico o fenil-cinconico è noto sotto diversi nomi di specialità (atofan, urosol, cincofene, ecc.) e nota è pure la sua azione. M. Loeper (*Bull. Acad. méd.* 21 novembre 1939) ne consiglia ora un'applicazione nuova per i dolori tormentosi, violenti e tenaci dei cancri delle ossa, che sono generalmente secondari a cancri della mammella. La misera malata è confinata in letto ed ogni movimento ridesta dolori atroci, che si esagerano in crisi parossistiche. Gli analgesici abituali, aspirina, piramidone, acetanilide, la stessa morfina danno un effetto incostante e fugace; lo stesso veleno di cobra, preconizzato da qualche anno, risulta il più delle volte inefficace.

In 6 casi, l'A. è ricorso all'acido chinolein-carbonico alla dose di 50 cg. del composto sodico o di litio, disciolto in 60 cmc. di siero glucosato isotonico; l'introduzione si fa lentamente per via endovenosa alla dose/minuto di 1/2-1 cmc. (complessivamente ore 1-1 e 1/2).

In qualche caso, l'effetto si manifesta già alla prima iniezione; la scomparsa del dolore ed il ritorno del sonno e della calma si hanno dopo alcune iniezioni, con una dose totale di g. 3,20 a 5. Vi è stata qualche reazione; un caso è diventato intollerante dopo la decima iniezione (fortunatamente si era già ottenuto il miglioramento); in un altro, si ebbero poco dopo la V iniezione brividi e malessere; in un terzo, lieve ematuria.

Oltre che come sedativo, il rimedio agisce anche come antiflogistico, locale e generale e sembra che rallenti lo sviluppo dei tumori ossei. *fil.*

L'ormonoterapia dell'ipertrofia prostatica.

L'ipertrofia prostatica anche nel periodo di ritenzione e di distensione migliora sensibilmente mediante l'opoterapia. Tempo fa fu adoperato con esiti incerti l'estratto di prostata ma ora si ricorre con più sicuro vantaggio alla ormonoterapia testicolare. Alcuni danno la preferenza agli estratti del testicolo, ma sembra certo che, specie nei casi urgenti, risultati più immediati si hanno con gli ormoni sintetici e precisamente con il testosterone. Di quest'ultimo avviso è Pacreau (*Bulletin Médical*, 22 luglio 1939).

Egli ha trovato che nei prostatici con o senza residuo vescicale è indicato il propionato di testosterone somministrato con iniezioni di 10 mgr. a giorni alterni. Talvolta occorre iniziare la cura con dosi di 25 mgr. tre o quattro volte la settimana, e poi consolidare il miglioramento con 5-10 iniezioni al mese di 10 mgr.

Nell'ipertrofia prostatica con ritenzione completa è da preferirsi l'acetato di testosterone alle dosi quotidiane di 40 mgr. fino a ripresa della minzione normale. Spesso per raggiungere questo scopo occorre raggiungere 200-400 mgr. In seguito il trattamento di consolidazione si continuerà distanziando e riducendo le dosi.

L'ormone maschile sotto forma di propionato o di acetato di testosterone non sembra avere controindicazioni.

A parte le forme neoplastiche nelle quali è

assolutamente inoperante, la terapia testosteronica va sempre tentata. Essa migliora sempre i piccoli prostatici facendo scomparire per lungo tempo la sindrome pollacuria-disuria. Nei casi gravi fa cessare la ritenzione e rende possibile la vita agli infermi per i quali l'intervento chirurgico deve essere rimandato o scartato. In ogni caso, migliorando lo stato generale e rafforzando la resistenza dell'infermo, contribuirà a far affrontare efficacemente l'atto chirurgico. Dr.

L'urea nel trattamento delle ferite.

La carbamide (urea) è un potente dissolvente delle sostanze proteiche quali si trovano nei tessuti, possiede una moderata azione battericida e non è irritante. È stata adoperata con successo nella cura dell'otite media cronica e nella medicazione delle ferite e delle fistole. Può essere usata sotto forma di soluzione acquosa satura o in polvere in rapporto allo stato di umidità delle ferite; ma sotto forma di polvere ha lo svantaggio di produrre un eccessivo essicamento della ferita e di attaccarsi con difficoltà sulla parte lesa. È perciò preferibile applicarla sotto forma di pomata, della quale H. G. Holder (*Annals of Surgery*, luglio 1939) descrive la preparazione: *a*) 500 gr. di urea in cristalli si sciolgono in 300 gr. di acqua calda; *b*) a metà di questa soluzione si aggiungono, 25 gr. di gomma d'India (gomma Karaya), si agita fortemente e si sterilizza all'autoclave; *c*) nell'altra metà della soluzione si sciolgono 5 gr. di cloruro di eucupina (isoamil-idro-cupreina) che ha azione battericida e anestetizzante; *d*) quindi si mescolano le due parti e si ha la pomata pronta per l'uso!

I risultati finora ottenuti sono incoraggianti. L'applicazione della pomata seda il dolore, dissecca le ferite, attiva il processo, di granulazione e di vascolarizzazione. È sopra tutto vantaggiosa per gli innesti cutanei. Dr.

Le controversie sulla cura delle ustioni.

La cura delle ustioni col tannino viene vantata come uno dei più grandi successi della terapia moderna. Ai vantaggi dichiarati da taluno, W. Krieg (*Arch. klin. Chir.* e *Schweiz. med. Wochens.*, 9 dicembre 1939) contrappone le seguenti deficienze: 1) Nelle ustioni di terzo grado, permane sotto la sottile copertura tannizzata il tessuto morto, con zone necrobiotiche, da cui può aversi un assorbimento di tossine. 2) La tannizzazione esige 24-48 ore, durante le quali si ha l'assorbimento di tossine; sicchè la tannizzazione, nelle ustioni profonde, si compie troppo tardi. 3) La diminuzione delle perdite di plasma è limitata, perchè vengono tannizzati soltanto gli strati più superficiali, mentre la penetrazione in profondità del tannino viene appunto impedita dal fatto che tali strati sono resi impermeabili. 4) Nelle ustioni di terzo grado, l'applicazione del tannino distrugge i follicoli piliferi e le ghiandole eventualmente ancora viventi. 5) Sotto la crosta tannica, si formano talora delle raccolte di pus od anche dei vari flemmoni e, comunque, un processo infettivo che si svolga non può essere riconosciuto presto. Per eliminare il pus, poi, è necessario tagliare la copertura tannica, la quale perde così la sua funzione protettiva. 6) Il processo al tannino esige molto tempo ed un attivo servizio di assistenza, dovendosi fare l'applicazione molto di frequente (ogni mezz'ora). Esso non è utilizzabile nelle catastrofi di masse e, non è facilmente applicabile alle ustioni delle dita.

L'A. preferisce la terapia con l'olio di fegato di merluzzo, che risparmia i tessuti in modo assoluto e favorisce i processi di guarigione, di demarcazione e di nettamento della lesione. È tecnicamente di comoda e facile applicazione; le grandi perdite di sostanza e le lesioni profonde guariscono facilmente, senza bisogno di innesti e senza timore di conseguenze (contratture). È del tutto indoloro ed ha soprattutto il grande vantaggio di non dare quasi mai infezioni; su 1777 casi trattati dall'A., se ne ebbe uno solo infettatosi e per colpa del paziente stesso. *fil.*

Osteomielite torpida da pneumococchi.

R. De Barros e N. P. De Castro (*Annaes Paulistas med. e circ.*, sett. 1939) riferiscono il caso di una donna che ebbe polmonite a 12 anni ed in seguito, manifestazioni localizzazioni osteomielitiche diverse, all'anca, alla spalla ed agli arti inferiori e superiori, con dolore, tumefazione, formazione di pus ed anche fistolizzazione. Gli AA. esaminarono la donna all'età di 37 anni e la trovarono in buone condizioni di nutrizione, madre di 8 figli, con deformazioni e limitazione di movimenti determinate dal processo osteomielitico; dal pus, isolarono il pneumococco.

Il caso presenta un certo interesse, sia perchè le osteomieliti da pneumococco sono piuttosto rare, sia per la lunga durata dell'affezione (25 anni), con la persistenza del germe infettante. *fil.*

SEMEIOTICA

Contributo allo studio del primo tono cardiaco.

A. Wilmaers (*Scalpel*, 21 ottobre 1939) rileva che secondo gli insegnamenti di Vaquez è possibile, nei casi di sdoppiamento del secondo tono del cuore, distinguere i casi in cui si chiudono prima le valvole aortiche da quelli in cui si chiudono prima le valvole della polmonare e ciò perchè le sigmoidi che si chiudono prima si svelano sul focolaio di ascoltazione corrispondente con un rinforzo del primo tempo del secondo sdoppiato, mentre

il secondo tempo è rinforzato nel focolaio opposto.

Orbene l'A. si è domandato se un identico fenomeno di precedenza sinistra o destra non potesse essere svelato per i ventricoli in casi di sdoppiamento del primo tono, tenuto presente che il ventricolo sinistro si sente meglio alla punta, quello destro all'epigastrio. A questo scopo l'A. ha esaminato attentamente anzitutto il primo tono d'un cuore normale ed ha notato che esso non ha un inizio netto, ma si forma progressivamente sotto l'orecchio sicchè potrebbe essere foneticamente rappresentato con una sillaba iniziantesi con doppia consonante: « Kle » (e muta) per esempio. Orbene l'A. dice che egli alla punta, focolaio di elezione per l'ascoltazione del ventricolo sinistro, sente: « kLe » con un rinforzo relativo del II tempo del tono e tall'epigastrio, focolaio di ascoltazione del ventricolo destro, sente « Kle » con un rinforzo relativo del primo tempo. Queste caratteristiche del primo tono in un cuore normale si accentuano e diventano più evidenti nei casi di bradicardia semplice o di ipertrofia del ventricolo sinistro; nei casi invece di ipertrofia o di dilatazione delle cavità destre si osseverebbe il fenomeno inverso e cioè in un primo periodo simultaneità dei due suoni e poi, in un grado di ipertrofia più avanzato, si udrebbe « Kle » a sinistra e « kLe » a destra.

L'A. si augura che le sue affermazioni vengano controllate e confermate da altri ricercatori. F. TOSTI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche su uno streptococco viridante e emolitico.

E. Biocca (*Giorn. di Batt. e Imm.*, novembre 1939) da un paziente venuto a morte per una malattia febbriie, durata circa due mesi e mezzo, diagnosticata come endocardite settica, ottenne, nelle ripetute emoculture, due tipi di colonie streptococciche, una tipicamente emolitica, l'altra viridante.

L'interesse di questa osservazione, di per sè relativamente non rara nella letteratura delle sepsi streptococciche e in particolare delle sepsi lente con o senza endocardite, riguarda specialmente i caratteri culturali dello streptococco isolato: nelle più diverse condizioni sperimentali che l'A. prese in esame, sia in vivo che in vitro, fu ottenuta costantemente da ciascuna colonia emolitica i due tipi di streptococchi, il viridante e l'emolitico, ed ugualmente da ciascuna colonia viridante.

Ciò dimostra chiaramente che nel sangue del paziente si aveva non la presenza concomitante e contemporanea di due diversi streptococchi, l'emolitico e il viridante, come in alcuni casi fu descritta, ma invece un unico stipite streptococcico caratterizzato dalla capacità di dissociarsi continuamente in vitro e in vivo nei due tipi viridante ed emolitico.

Queste osservazioni rappresentano un'interessante conferma della mutabilità e della reversibilità di caratteri già ritenuti per gli streptococchi fissi e specifici, e rendono perplessi circa l'accettazione della classificazione fondata su di questi. F. MAGRASSI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. C. C., da Costanzana (Vercelli).

Il trattato più recente di Medicina legale è quello di M. Carrara, R. Romanese, G. Canuto e C. Tovo: Manuale di Medicina legale, dell'Unione tipografico editrice torinese. È in tre volumi, del prezzo rispettivo di L. 95, 90, 115.

fil.

VARIA

Tesi di laurea in Germania.

L'Agenzia Francese recava la notizia da Berlino che, per ordine del dott. Rist, ministro dell'educazione del Reich, tutte le tesi, prima di essere pubblicate, vanno sottoposte al controllo di una commissione, il cui parere è comunicato al decano. La commissione può esigere certe modificazioni e interdire la pubblicazione di qualunque tesi contraria alla ideologia politica, culturale ed economica del partito. È vietato di citare autori ebrei, salvo in casi di assoluta necessità. Nei casi d'indicazioni indispensabili, dovrà esser fatta menzione dell'origine ebraica dell'autore citato. Nella bibliografia della tesi, gli autori ebraici devono avere un posto speciale. (« Resenha Médica », nov.-dic. 1939).

Alcuni dati sui professori universitari.

Da un articolo di R. Currieri ne « L'Università Italiana », gennaio 1940, si desume che, dei 1312 professori di università regie in attività al 1° gennaio, 124 sono giunti alla cattedra ufficiale fra 50 e 59 anni; 11 a 60 e più anni e uno di essi a 66. I due più giovani nei ruoli contavano 25 e 26 anni, tutt'e due di diritto, a Macerata.

I maschi risultano in numero di 1304, di cui 1015 ammogliati, 243 celibi e 45 vedovi. Le donne in numero di 8, di cui 2 sposate e 6 nubili.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. M. FIAMBERTI. *Sul meccanismo d'azione terapeutico della* burrasca vascolare *provocata con derivati della colina.* Soc. An. Ind. Grafiche. Ferrara 1939.

BERGAMO e MARESCHI. *Sulle possiilità di un nostro nuovo metodo di cura della tubercolosi polmonare con iniezioni intraparenchimali modificatrici.* Tip. Valentini. Mestre 1939.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Medici di bordo.

« Si ricorda ai Sanitari muniti del diploma di autorizzazione all'imbarco in qualità di medico di bordo che il termine ultimo per la presentazione dei documenti e della domanda necessari per ottenere la revisione della autorizzazione stessa (disposta con D. M. 11 maggio 1939-XVII, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 2 agosto successivo, n. 179) scade il 28 febbraio e che esso *non verrà ulteriormente prorogato.*

Si invitano pertanto tutti gli interessati a presentare al più presto le domande e i documenti di cui sopra, debitamente legalizzati, alle rispettive Prefetture per l'inoltro al Ministero dell'Interno ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

Condotte mediche.

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Alessandria, 12 condotte di cui 2 nel capol.; scad. ore 18 dell'1 aprile.

Padova 12 condotte; scad. 31 marzo;

Ravenna, 1 condotta;

Rovigo, 6 condotte; scad. ore 12 del 30 marzo;

Trieste, 2 condotte di cui 1 nel capol.; scad. ore 18 del 20 marzo.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

Ospedali

Le scadenze di tutti i concorsi ospedalieri sono prorogate al 31 marzo.

APUANIA. *Consorzio prov. antituberc.* — Direttore; scad. 15 marzo, ore 16; periodo di prova 5 anni con disdetta 3 anni prima; stip. L. 18.000 e 3 quinquenni dec.; titoli ed esami; età limite 45 anni al 15 marzo.

FABRIANO (*Ancona*). *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario; proroga a tutto il 31 marzo.

GORIZIA. *Consorzio prov. antituberc.* — Medico aiuto presso il Dispensario prov. « Regina Elena » e medici direttori di tre Sezioni Dispensariali della Provincia; titoli ed esami; scad. 1° aprile ore 18; periodo di prova 2 anni con disdetta 6 mesi prima; stipendi rispett. L. 11.500 e L. 10.000 con 5 quadrienni dec.; età limite 40 a. al 31 dic.

MESTRE (*Venezia*). *Ospedale Civile.* — Due assistenti medico-chirurgi; proroga al 31 marzo, ore 12.

NOCERA INFERIORE (*Salerno*) - *Ospedale Psichiatrico Vittorio Eman. II.* — Direttore sanitario; titoli scentifici e pratici; scad. 19 febbr., ore 15; stip. L. 21.000 aumentabili a L. 23.000, oltre supplem. serv. att. L. 7000, indenn. carica L. 4500; età limite 35 a.

PAVIA. *Consorzio prov. antituberc.* — Medico dispensariale; scad. 15 febbr.; stip. L. 8000; indenn. serv. att. L. 2000.

REGGIO EMILIA. *Istituto Psichiatrico di San Lazzaro.* — Medico assistente; titoli; stip. L. 16.000 aumentabili, indenn. suppletiva L. 4000, c.-v.; età limite 40 a. Scad. ore 18 del 20 marzo.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — N. 45 posti di medico chirurgo; per esami; stip. L. 6283,80; età limite 30 a. al 31 dic. Scadenza ore dodici del 1° marzo.

ROVIGO. *R. Prefettura.* — Assistente presso la sez. med. micrograf. del Labor. prov. d'igiene e profilassi; L. 12.000 oltre L. 1000 indenn. carica; indenn. transferta, c. v., premio di operosità; sono escluse le donne; scad. ore 12 del 30 marzo.

TRIPOLI. *R. Prefettura.* È stato bandito, in data 31 dicembre, un concorso per titoli ed esami a medici condotti di Suk-El-Gimma, Tagiuro, Gasr Garabulli, Giordani e Micca.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Arturo Manna è nominato ufficiale nell'ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro, su proposta di S. E. Tassinari, in riconoscimento dei lunghi e disinteressati servizi prestati alla Milizia Forestale e per l'attività scientifica.

Il dott. Fabio Milone è nominato segretario federale di Napoli. Si è laureato in medicina a Napoli nel 1937. Ufficiale carrista, ha partecipato a tutta la campagna d'Etiopia, meritando la croce di guerra con bella motivazione. È figlio del prof. Giuseppe, primario chirurgo all'Ospedale Incurabili.

Il prof. Renzo Braco è nominato chirurgo primario dell'Ospedale di San Maurizio a Imperia.

Il prof. Salvatore Donati, della clinica chirurgica di Pavia, è nominato chirurgo primario nell'Ospedale civile di Verona.

Il prof. Carlo Baslini, segretario del Sindacato Medico Provinciale di Milano, è stato insignito, *motu proprio* sovrano, dell'onorificenza di grand'ufficiale dell'Ordine della Corona d'Italia.

Il prof. Nicolas Hortolomei, clinico chirurgo di Bucarest, e il dott. Petre Topa, sono nominati rispettivamente ministro e sotto-segretario della sanità pubblica della Romania.

NOTIZIE DIVERSE

Scuola medica clinico-ospedaliera di Roma.

Sono stati organizzati corsi di perfezionamento, aggiornamento e integrazione per le seguenti materie: ostetricia e ginecologia (proff. P. Gaifami e R. Bompiani), dal 7 al 17 febbraio; pediatria, dal 19 febbraio al 9 marzo; diagnostica e terapia delle malattie dell'apparato digerente (proff. P. Alessandrini e S. Attili, con la collaborazione di altri insegnanti), dal 28 febbraio al 21 marzo (le iscrizioni si chiudono il 20 febbraio; tassa L. 150); dermosifilopatica (prof. P. A. Meineri), dal 28 marzo al 10 aprile (iscrizioni fino al 20 marzo; tassa L. 100); urologia (proff. R. Paolucci, E. Mingazzini e G. Raimoldi), dal 12 al 23 aprile (iscrizioni fino al 31 marzo; tassa L. 100); diagnosi e terapia delle artropatie acute e croniche e forme affini (prof. T. Lucherini), dal 22 aprile al 7 maggio (iscrizioni fino al 15 aprile; tassa L. 75); clinica otorinolaringologica (prof. G. Ferreri), dall'1 al 13 luglio (iscrizioni fino al 20 giugno, tassa L. 100).

Chiedere i programmi dettagliati al segretario dott. A. Lupi, Policlinico Umberto I, Roma; le domande, in carta semplice, vanno indirizzate al presidente, prof. sen. G. Perez.

Corso di preparazione al servizio sanitario aeronautico.

Il Ministero dell'Aeronautica è venuto nella determinazione di istituire fra i giovani laureati in medicina e in chirurgia ed abilitati alla professione, un corso di preparazione al Servizio Sanitario Aeronautico.

Tale corso avrà la durata non superiore a due mesi e sarà svolto nelle ore pomeridiane, con inizio dal 25 febbraio. Esso è riservato ai giovani che debbano ancora soddisfare sotto le armi agli obblighi di ferma e che aspirino a prestare servizio militare nel Corpo Sanitario Aeronautico.

Per le domande e chiarimenti, rivolgersi al Ministero dell'Aeronautica, Direzione Generale del Personale Militare — Ufficio concorsi — sez. I, non oltre il 20 febbraio.

Prolusioni.

Sono state tenute le seguenti prolusioni: dal prof. Galeno Ceccarelli, nuovo titolare della cattedra di clinica chirurgica generale e terapia chirurgica a Padova, sul tema « Cuore e chirurgia »; dal prof. Pietro Caliceti, nuovo titolare della cattedra di otorinolaringologia a Bologna, su « L'otorinolaringologia nel passato e nella medicina moderna »; dal prof. M. Mazzeo, nuovo titolare della cattedra d'igiene a Napoli, su « L'igiene rurale in rapporto all'autarchia »; dal prof. F. Delitala, nominato alla cattedra di clinica ortopedica e traumatologica a Napoli, su « L'ortopedia in Italia ».

Congressi e convegni.

Il V congresso pan-americano della tubercolosi si terrà verso la fine del 1940 in Buenos Aires. Temi ufficiali: « Indici di tubercolizzazione nei Paesi dell'America del Sud », « Eredità e contagio nella tubercolosi », « Quadri polmonari nelle forme extra-toraciche della tubercolosi ». Le relazioni debbono essere inviate non oltre il 1° luglio per la stampa. Non si accettano comunicazioni se non se ne è inviato preliminarmente il testo alla segreteria; devono pervenire non oltre il 1° settembre. I relatori disporranno di 6000 parole; gli aderenti di 1500. Per la pubblicazione negli atti, le tabelle che superino 20 righe e le tavole sono a carico degli autori. Quota per gli aderenti 10 pesos, per i famigliari 5 pesos. Rivolgersi al presidente prof. Gumersindo Sayago, 9 de Julio 691, Cordoba; o al segretario generale, dott. Raúl Denis, calle Pasteur 346, Buenos Ayres (Argentina).

Il 1° congresso sud-americano di oto-rino-laringologia si terrà dal 21 al 25 aprile in Buenos Aires, sotto la presidenza del prof. Eliseo V. Segure. Informazioni dalla segreteria: rua Montevideo 696, Buenos Aires.

Le Giornate mediche di Bruxelles, che dovevano inaugurarsi il 22 giugno e continuarsi nel Lussemburgo, ove si sarebbero chiuse il 26 giugno, sono state rimandate. Si preconizzano ora le « Giornate mediche della pace ».

Tra le riviste mediche.

E' già stata qui preannunziata la pubblicazione dell'*Archivio di psicologia, neurologia, psichiatria e psicoterapia*, fatta sotto gli auspici del Consiglio Nazionale delle Ricerche, da padre Gemelli, con la collaborazione di noti psicologi e psichiatri italiani.

È ora comparso il primo fascicolo: un ampio volume di oltre 350 pagine, in bella edizione. In una equilibrata introduzione densa di pensiero, padre Gemelli pone al centro delle scienze che studiano l'uomo la psicologia, che rappresenta il terreno in cui si incontrano psicologi, neurologi e psichiatri in una feconda collaborazione, giungendo così ad una più completa visione dei problemi che si presentano nei singoli campi.

Molte memorie importanti vediamo in questo fascicolo: M. Ponzo vi tratta dell'Istituto di psicologia di Roma e dei suoi compiti; F. Banissoni studia le invenzioni come problema psicologico; L. Longhi espone le indagini cliniche ed un'analisi critica dello « schema corporeo »; G. Zunini riporta alcuni studî sull'apprendimento nei pesci; L. De Lisi tratta le cause delle anomalie psichiche dell'infanzia dal punto di vista della biologia e della clinica; A. Gemelli vi continua i suoi interessanti studî sul linguaggio umano, investigato con i nuovi metodi della elettroacustica.

Segue una parte di « Note e discussioni », con scritti di A. Pastore (In difesa della psicologia sperimentale), M. Ponzo (La denominazione delle cattedre di Psicologia delle nostre Università), Gemelli-Ponzo (A proposito del XII Congresso internaz. di Psicologia). Da ultimo una parte è dedicata ad analisi di opere.

L'Archivio si pubblica trimestralmente. Ha la Redazione in piazza S. Ambrogio 9 e l'amministrazione in via Ludovico Necchi 2, Milano.

Azioni giudiziarie.

Il Rettorato della Provincia di Roma, con deliberazione 18 aprile 1939, visti i risultati del relativo concorso, nominò il prof. Francesco Bonfiglio direttore dell'Ospedale psichiatrico di S. Maria della Pietà. Contro questo provvedimento, frattanto eseguito, ricorse al Consiglio di Stato, in sede

giurisdizionale, il prof. dott. Fausto Costantini, assistito dall'avv. Giovanni Selvaggi, deducendo varie materie di illegittimità concernente il procedimento seguito dalla Commissione, la determinazione dei criteri e la valutazione dei titoli. La V Sezione del Consiglio di Stato ha ora annullata la deliberazione di nomina. Ha ritenuto legittima la formazione della Commissione, ma ha riconosciuta imperfetta la determinazione dei criteri direttivi, la formazione delle categorie dei titoli, insufficiente il coefficiente di punto assegnato al terzo gruppo con effetto di svalutazione della titolarità di cattedra universitaria e della libera docenza. Ha affermato la decisione: « si ha, dunque, in definitiva una irrazionale ripartizione di punti tra la seconda, la terza e la quarta categoria e tale vizio si risolve in una causa d'imperfezione o per meglio dire di non perfetta aderenza al giudizio complessivo al valore di ciascun concorrente. Non vi ha dubbio, infatti, che cotesto giudizio debba scaturire da un'armonica valutazione di tutti gli elementi formativi della capacità sia nel campo scientifico sia nel campo della pratica professionale ».

Il Consiglio di Stato ha inoltre rilevato che, con criterio incongruo, la Commissione aveva compreso in unica categoria servizi in clinica e ospedali generali e benemerenze sociali e civili e invece « la comparazione fra due concorrenti, che presuppone premesse omogenee, non è logicamente possibile quando si annette la stessa importanza a titoli tecnici da una parte e dall'altra a titoli non tecnici inconferenti rispetto alla finalità del confronto ».

Annullata la nomina, il procedimento del concorso dovrà essere rinnovato secondo le direttive fissate dal Consiglio di Stato.

Notizie sanitarie di guerra.

In Inghilterra il razionamento alimentare si è iniziato l'8 gennaio. I civili hanno diritto, ogni settimana, a 125 grammi di burro, 125 di prosciutto o di lardo, 500 di zucchero; sono annunziate altre restrizioni per febbraio.

Ha ripreso le pubblicazioni « Strasbourg Médical », che viene ora stampato a Plombières-les-Bains, nei Vosgi, con periodicità distanziata.

La Facoltà medica di Strasburgo si è trasferita a Clermont-Ferrand.

Il ten. medico di riserva Sylvain Bachman è morto sul fronte francese.

Il prof. Mondor ha ripreso il corso di patologia chirurgica. Egli è stato chiamato a curare il presidente della repubblica, Daladier, lievemente infortunatosi.

Alla Facoltà medica di Parigi il posto del prof. Pasteur Vallery-Radot, mobilitato, titolare della cattedra di patologia medica, è stato temporaneamente preso dal prof. onorario A. Clerc. Alla Facoltà medica di Nancy i proff. Coulet, di oto-rino-laringologia, e Blaudet, di oftalmologia, mobilitati, sono stati sostituiti dai proff. Durant e Abt.

I quotidiani riportano la narrazione di un inviato speciale dell'« United Press », riuscito a recarsi presso un ospedale avanzato dei finnici, più volte bombardato dagli aviatori sovietici, nonostante le insegne evidenti della Croce Rossa; infine l'ospedale venne distrutto e incendiato il 29 gennaio. Sono rimaste carbonizzate 23 persone, tra cui due infermiere, due sorelle della « Lotta Svard » e una ricoverata. I medici, che erano riuniti in una capanna presso l'ospedale, si sono salvati ed hanno prestato opera di pronto soccorso. — Era questo il quinto ospedale distrutto dagli aviatori sovietici.

Durante una visita ad un ospedale di Helsinki, il Presidente della Finlandia Kallio è miracolosamente sfuggito alla morte; difatti una bomba lanciata da un apparecchio sovietico è caduta a brevissima distanza dall'edifizio.

L'ospedale di Rovaniemi, in Finlandia, è stato colpito replicatamente da un areoplano sovietico, l'1 febbraio, ed alcune infermiere ed una trentina di ricoverati sono rimasti uccisi.

Un po' dovunque.

Un corso complementare d'igiene pratica per aspiranti ufficiali sanitari si terrà a Catania, dall'1 marzo al 30 aprile; tassa L. 400; modalità consuete.

Il Duce ha ricevuto il prof. V. Tanturri, otorinolaringologo di Milano, che gli ha offerto il suo volume di traumatologia, medicina legale ed infortunistica in otorinolaringoiatria; il Duce ha gradito l'omaggio.

Nell'Ospedale per bambini della Società di beneficienza di Buenos Aires si è istituito un servizio di malattie allergiche dell'infanzia, affidato al dott. C. R. Castieba, che ne descrive l'organizzazione e l'orientamento e ne riferisce i dati in « Rev. Méd. Sud-Amer. », di nov. 1939.

Il dott. Heinz v. Witzleber, neurologo primario nel Sanatorio di Kreischa (Sassonia), specializzatosi nella cura bulgara del parkinsonismo postencefalitico, si è recato in Svizzera.

La Società di chirurgia di Buenos Ayres si è trasformata in Accademia argentina di chirurgia; la cerimonia in cui si è addivenuti alla trasformazione, il 20 dic. u. s., fu presenziata da olte autorità scientifiche.

Il giornale dei Gruppi fascisti universitari « Libro e Moschetto », d'intesa col Cineguf, ha organizzato a Milano, il 25 e il 26 dicembre, due serate di saggi di cinematografia chirurgica.

In Inghilterra si è abolito l'uso di tutti i prodotti tedeschi, fatta ecezione per quelli farmaceutici.

Il prof. A. P. Dustin, pro-rettore dell'Università di Bruxelles, su invito del Ministero dell'Interno dell'Italia, si recherà a Roma, per tenervi una conferenza sul tema: « Un nuovo capitolo di patologia sperimentale e di tossicologia: i veleni carioclasici, loro applicazioni a diversi problemi di patologia, di cancerologia, di genetica, ecc. ».

L'Accademia berlinese di perfezionamento medico annunzia 7 corsi internazionali, 25 corsi pratici e 8 cicli di conferenze. Informazioni da: Geschäftstelle der Akademie für ärztliche Fortbildung, Robert Koch - Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus), Berlin NW 7.

Nell'Università di Bruxelles sono stati organizzati dei corsi medici di perfezionamento, che avranno luogo « a fine settimana », cioè il sabato

e la domenica, nell'Istituto d'igiene e medicina sociale. S'inizieranno il 17 febbraio.

Il nuovo Ospedale XXIII Marzo di Napoli sarà inaugurato dal Duce nel prossimo maggio.

L'ospedale psichiatrico di Sundbyberg, presso Stoccolma, è stato devastato da un incendio. Quattro pazienti sono morti soffocati dal fumo. L'opera di spegnimento è stata resa difficilissima dalla temperatura di — 23° C., che congelava l'acqua nelle manichette; il salvataggio dei ricoverati era ostacolato dalle inferriate alle finestre.

La Scuola d'aviazione militare di Randolph Field, nel Texas (Stati Uniti), ha organizzato, da tempo, dei corsi di medicina dell'aviazione; essi durano 4 mesi e iniziano a dicembre e a giugno. Poichè si tratta di una istituzione governativa, gli stranieri possono essere ammessi solo per via diplomatica.

Nella clinica Mayo di Rochester si è inaugurato un Laboratorio di ricerche aeronautiche e sul metabolismo; è diretto dal dott. Walter M. Bovthby.

A Cracovia sono stati ricevuti i rappresentanti della Croce Rossa americana. Il Governatore generale Frank li ha intrattenuti circa l'attività assistenziale che essi si propongono di svolgere in favore delle classi meno agiate della popolazione appartenente ai territori polacchi occupati.

Il periodico « Pasteur », di Mexico D. F., ha dedicato il numero del 15 nov. 1939 quasi per intero alle malattie professionali.

Nel Reich si è riconosciuta la necessità di una netta separazione tra infermiera e levatrice; perciò un'ordinanza ministeriale stabilisce che le infermiere non possano più venire ammesse ai corsi per levatrice.

Il personale del Dipartimento nazionale d'igiene di Buenos Aires ha reso un omaggio all'ex-presidente dott. Miguel Sussini, cui sono state offerte una pergamena e una targa d'oro.

Con l'intervento del Prefetto e del Federale di Alessandria, del Direttore Generale del Demanio, delle autorità, si è dato inizio in Acqui ai lavori di ampliamento e sistemazione delle R.R. Terme.

Si è ultimato il vol. V del periodico « Bollettino e Memorie della Società Tosco-Umbra di chirurgia »; esso consta di 3 fascicoli, i quali numerano oltre 150 pagine e sono riccamente illustrati; vi trovano posto 15 comunicazioni, svolte con ampiezza e tutte interessanti. La pubblicazione attesta l'attività dell'Ente, che è presieduto dal prof. A. Camolli e di cui sono vice presidenti i proff. G. Cavina e F. Niosi; al Cavina è anche affidata la direzione del periodico.

Nell'Ospedale di Vilansa, in Lettonia, il direttore dimenticò un paio di forbici nel ventre di una paziente, in cui aveva eseguito un intervento difficile per appendicite. Poco tempo dopo le punte emergevano dalla ferita operatoria; si procedette ad un altro intervento, risoltosi senza complicazioni. Il Dipartimento d'Igiene dell'Estonia, ha inflitto un biasimo al chirurgo distratto.

« Paris Soir » reca che i 150.000 diabetici della Gran Bretagna, riuniti in associazione sotto la presidenza del noto romanziere H. G. Wells, hanno domandato, al Ministro degli approvvigionamenti, il permesso di scambiare la loro tessera dello zucchero con cedole supplementari di carne.

In Prussia, a Gumbinnen, la Polizia ha emanato un'ordinanza contro l'uso crescente dell'etere per bocca, a scopo voluttuario. L'etere non potrà più essere fornito dai farmacisti che su ricetta medica, ovvero su autorizzazione della Polizia, la quale dichiari che non è destinato « per bere » ma per altri scopi. Già in altre parti della Prussia da alcuni anni si era stabilito, per lo stesso motivo, di non fornire le « gocce d'Hoffmann » che su ricetta medica.

Negli Stati Uniti esiste una « Euthanasia Society of America », la quale prepara una legge per lo stato di New York, affinchè la morte volontaria in caso di gravi sofferenze venga legalizzata.

Nel Giappone i genitori che abbiano più di 10 figli di età superiore a 6 anni riceveranno una medaglia dal Ministero del benessere.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII | Roma, 19 Febbraio 1940 - XVIII | Num. 7

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, ***senza tassa,*** nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

PROLUSIONI

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI FIRENZE

"I tempi della diagnosi e della cura,,

Lezione inaugurale al corso di Clinica medica e Terapia.

23-XI-1939-XVIII

Prof. ENRICO GREPPI, direttore.

Io Vi ringrazio con tutto l'animo — amici, colleghi, allievi — per questo Vostro caldo saluto. Lo accolgo come un primo, prezioso incoraggiamento al mio cammino nuovo e rispondo con l'espressione di un sentimento mio intimo ma comprensibile e accetto — credo — a Voi tutti: un motivo psicologico che con reminiscenza vagamente beethoveniana vorrei chiamare il tema di un felice ritorno.

Non torna senza gioia a Firenze chi abbia avuto la buona fortuna di passarvi gli anni dell'adolescenza e dello studio. Vi è qualcosa di particolare nella terra, nella città, nella gente Vostra: qualcosa di perfetto come fusione di una sostanza fisica e spirituale con una forma, un gusto, uno stile suo proprio. È un equilibrio squisito che non si ferma al mondo della storia e dell'arte, ma tocca di un sottile benefico influsso tutta l'attività intellettuale e pratica di chi in questo ambiente vive ed opera.

Lombardo, io sento ben vivo ciò che volle significare un nostro Grande, Alessandro Manzoni, con quella sua frase sorridente e famosa che l'epigrafe di lungarno Vi ricorda: oggi ancora v'è fra noi chi prova il desiderio istintivo, cui alimenta la varia cultura e conoscenza, di aggiungere a ciò che la propria indole ha in sè di forte e di buono il beneficio di una chiarezza, di una misura che qui si offre come affermazione di un ideale non mai forse altrove raggiunto. Come medico, come studioso, come insegnante io vorrei pure sentire e tentare questo felice equilibrio toscano, cui la memoria viva e feconda di un grande Maestro nostro, Guido Banti, infonde un prestigio a noi particolarmente caro.

A Guido Banti, allievo suo interno negli anni di preparazione, io devo ben poco in apparenza, un semplice motivo di studio conchiuso nel primo e breve limite della tesi di laurea: ma fu una piccola scintilla che alimentandosi nell'atmosfera particolare del Maestro doveva in seguito, ormai da molti anni e

da lontano, farsi mia passione e mia linea dominante negli studi sulla patologia, la clinica, la terapia della milza. È fortuna ed orgoglio per me sentirmi oggi ancora nel pieno della tradizione bantiana in questo campo, ove il muovere inquieto della dottrina e dell'esperienza medica rispetta pur sempre le prime basi da lui poste.

A Luigi Zoia, mio Maestro negli anni di formazione, io devo tutto ciò che dà una sana mentalità medica, equilibrio di dottrina e di esperienza, curiosità critica di ogni cosa nuova, passione alla clinica come sintesi di conoscenze e di azioni nella scuola e nella vita. La sua scuola clinica, generosa nell'assecondare il libero sviluppo di ogni giovane studioso, varrà sempre come esempio e guida per l'alta responsabilità che mi tocca nel dirigere una Clinica medica moderna.

Succedendo a Ferruccio Schupfer in questa cattedra, rinnovo a lui il mio saluto di discepolo degli anni universitari, il mio rispetto per la sua lunga severa opera di Maestro: non saprei esprimere più ambito voto per la Clinica fiorentina, se non di conservarle la tradizione di serietà laboriosa che è stata di lui e della sua scuola. Nè certo potrò mai dimenticare l'alta e continua fama dei miei predecessori nella vecchia Clinica di via degli Alfani: da Maurizio Bufalini e Piero Burresi, lontani negli anni ma non scomparsi dal pensiero medico italiano, a Pietro Grocco che oggi ancora per la chiarezza delle sue osservazioni semeiologiche e cliniche è nome vivo e diffuso nella cultura, nella pratica stessa della medicina generale.

Guardando indietro verso questi Maestri per ciò ch'essi hanno lasciato l'un dopo l'altro fino ad oggi, quasi in catena ideale di esempi, di forze, di valori, io dovrei esitare alquanto nel compito che mi è dato. Dico invece a me ed a Voi tutti — nè sembri ad alcuno vanità od orgoglio, ma solo sincera misura della parte viva che mi spetta in siffatta catena ideale — dico che quei nomi di alta fama e di ancor vivo prestigio, lungi dal trattenermi o dall'umiliarmi in vano confronto, suonano al mio animo come sprone per ogni opera mia e dei miei, ove l'antica linea si mantenga e si svolga nel giusto equilibrio d'ogni buona tradizione e d'ogni forza nuova.

* * *

In questa atmosfera di felice ritorno, in questo pensiero tutto rivolto al mio compito nuovo, a Voi giovani che mi ascoltate per la prima volta io voglio dire anzitutto quale sia non il programma nè il metodo, ma il principio, *il sentimento base* che mi muove come insegnante e come studioso. Vorrei esprimere cioè quel ch'io sento di me stesso medico, per l'esperienza di molti anni tutti dedicati allo studio degli infermi, trovandomi qui oggi donde partii giovane, senz'urto alcuno di errori e delusioni.

L'esperienza doveva mostrarsi tosto non avara di queste ombre, ma oggi io la sento come una forza, come una ricchezza. Ed il motivo del mio discorso sta per l'appunto nel giudicare se e come questa ricca esperienza medica, che diviene valore intrinseco di chi la conquista passo a passo, possa nutrire della propria vita l'insegnamento nostro, se di essa e per Vostro utile possa giovarsi la dottrina, la metodica didattica, la pratica clinica.

Come inserire, in altre parole, la pratica medica — frutto individuale e d'ambiente — nella scuola clinica che ci accomuna, sì da farne un unico corpo vivo e concorde?

Se l'esperienza non fosse che la realizzazione semplice della dottrina, se la clinica aderisse direttamente al quadro nosologico come le membra alla scheletro che le sostiene, il problema sarebbe di facile soluzione. S'avverte però — ed è tema frequente nel parlar di cose mediche — qualche nota di contrasto, qualche diversità di forme e di valori fra dottrina e pratica nel campo nostro, tra nosologia trattatistica e realismo clinico e cioè insomma — parlo a Voi giovani — *fra la nostra scuola medica d'oggi e la Vostra vita medica di domani*, quasicchè il nostro malato di lezione, di ospedale, non fosse sempre nè tutto il malato che Vi attenderà o Vi cercherà.

Vi dico subito: io non trovo motivo di dissidio fra le due forme mediche, dissidio che sarebbe d'imbarazzo a tutti noi quasi l'una di esse fosse meno sincera, meno attuale dell'altra. Piuttosto una certa differenza d'aspetti. situazioni e soggetti in parte diversi: come un altro panorama di clinica, di terapia, di valori biologici e sociali, che si offre in questa duplice faccia all'esperienza nostra e la nutre e la completa sì da farne il migliore strumento di dottrina, di esempio, di scuola.

Credo poter utilmente intrattenerVi su questo punto confrontando tra loro le due casistiche che qui Vi presento. L'una considera 300 pazienti d'ospedale, accolti nella Clinica medica di Siena nella scorsa stagione di primavera-estate, l'altra 300 pazienti d'ambulatorio da me visitati e curati nella stessa sede ed in epoca pressapoco corrispondente.

TABELLA I

PAZIENTI D'OSPEDALE (300)

1) Bronco-pneumopatie acute		90=30 %
2) Pleuriti. Polisierositi acute e subacute		50=16 %
3) Tubercolosi polmonare:		
produttiva	36	
essudativa	16	
		52=17 %
4) Infezioni acute (sepsi, Reum. art. ac., Brucell, Tifoidi, Malaria, ecc.)		40=13 %
5) Meningiti		6= 2 %
6) Sclerosi cardio-renale (= ipertensioni e arteriosclerosi con fatti cardiaci o renali o misti)		18= 3 %

7) Cardiopatie in scompenso	12 = 4 %
8) Nefropatie acute e subacute	10 = 3 %
9) Epatiti, cirrosi epat. colecistiti	7 = 2 %
10) Ulcera gastrica e duodenale	12 = 4 %
11) Malattie metaboliche o endocrine	6 = 2 %
12) Neoplasie	7 = 2 %

TABELLA II

PAZIENTI DI AMBULATORIO (300)

1) Malattie dell'apparato respiratorio:	
Bronchiti, Asma	10
Pleuriti, Polisierositi in atto	4
Tbc. polmon. essudativa	4
Tbc. polmon. produttiva	10
	28 = 9%
2) Sindromi infettive a focolai discreti:	
Corticopleuriti e « miliari region. discrete »	16
Febbricole (a fondo tbc.)	8
Infezioni « focali »	8
Infezioni acute	2
	34 = 11 %
3) Malattie cardiovascolari:	
Cardiopatici in compenso totale o parziale	20
Ipertesi puri	18
Ipertesi sclerotici (sclerosi cardio-renali con ipertensione)	13
Nefropatie croniche	4
	55 = 18 %
4) Malattie metaboliche o endocrine definite:	
Diabetici puri	6
Ipertiroidei	4
Litiasi ren. o bil.	10
Gotta	2
Nevriti-radicoliti-osteoartrosi	8
	30 = 10 %
5) Malattie organiche dei visceri digestivi:	
Gastropatie non ulcerose	10
Ulcere e gastroduodeniti ulcerose	15
Epatiti, Epatocolecistiti	10
Tifo appendiciti cron.	10
Coliti subac. e cron.	8
	53 = 17 %
6) Dispepsie e distonie dell'appar. digerente:	
gastriche	12
biliari	8
entero-coliche	12
dolorose « a crisi »	4
	36 = 12 %
7) Neurosi:	
a sintomatologia generale e psichica	8
a sintomatologia vasomotoria o neurovegetativa	12
	20 = 7 %
8) Associazioni viscerali e funzionali a complesso clinico vario:	
a prevalente quadro digestivo	10
a prevalente quadro neuro-endocrino	7
a prevalente quadro circolatorio	8
a prevalente quadro metabolico	8
	33 = 11 %
9) Neoplasie	10 = 3 %

Sono veramente due panorami, quasi due mondi diversi di patologia, di diagnostica e di terapia: differente l'individuo, varia e diversa la malattia, differente tutta la tecnica e la mentalità stessa di noi medici nell'una e nell'altra condizione. Vi è tutta una diversa impostazione del problema medico che richiede conoscenze, metodiche, attitudini adatte allo scopo.

Non importa ch'io mi fermi qui sul dettaglio ed ammetto senz'altro un margine di erroneità che sarà sopratutto notevole — si comprende — nella casistica di ambulatorio nonostante l'impiego relativamente largo dei sussidi diagnostici e l'osservazione più volte ripetuta in molti e molti casi. Ma vediamo dunque: che ci dice la casistica d'ospedale?

Premetto che la Clinica di Siena, come Policlinico a totale accettazione di malati, è specchio fedele per la patologia ambiente ed aggiungo ancora che la popolazione senese, rurale e di città, affluisce con relativa facilità al Policlinico per motivi morbosi ancora in parte lontani da apparenze di gravità. Pur tuttavia, com'è naturale, voi vedete qui quelle che possiamo dire *le grandi malattie*, le infermità acute o croniche che inducono il malato alla degenza in ospedale.

Sono malattie ad entità nosologica per lo più ben definita, secondo raggruppamenti disuguali per ragioni sia d'ambiente sia di stagione (così per es. il numero di cardiopatie in scompenso apparirebbe molto più alto in casistica d'inverno e di grande città): molte di esse sono affezioni ad etiologia riconosciuta per via diretta o presumibile con alta probabilità. Una larga parte è rappresentata da malattie acute per cause ambiente in certo modo accidentali, spesso subordinate all'impronta propria dell'agente esogeno, al diverso « genio epidemico ».

La diagnosi è un giudizio anatomo-clinico composto ancora su basi che direi tradizionali, e qui in sostanza Voi giovani riconoscete chiaramente quello che la dottrina medica Vi insegna, quello che il trattato Vi espone. Lo stesso insegnamento clinico, per motivi di tradizione e d'organizzazione, si svolge per eccellenza in questo mondo di malati e di malattie, fra queste diagnosi e queste cure.

Passiamo ora alla casistica di ambulatorio. Voi notate come qui tutto sia diverso, più difficile a raggrupparsi, più incerto a defi-

nirsi: resterete sorpresi e forse un po' dubbiosi davanti alla varietà di situazioni morbose, d'individui sofferenti, di orientamenti diagnostici che sembrano quasi sfuggire ad una rigorosa e documentata inquadratura di patologia medica. Contro la malattia dominante d'ospedale, qui troviamo l'individuo ancora volontario e libero con tutta la sua psiche, con i suoi timori e le sue illusioni, con la sua varia sintomatologia spesso lontana da ogni rapporto esatto di sede e di causa. Invece di una malattia anatomo-clinica a grande titolo ci troviamo davanti a disturbi, a disfunzioni, a sindromi molteplici: *piuttosto che la malattia d'organo, domina qui la malattia d'apparato.*

Alla causa morbigena esterna, al genio epidemico, al fattore accidentale si contrappone nell'etiopatogenesi il chiaro, largo concorso dei momenti endogeni e dei costumi di vita, gli uni e gli altri legati all'individuo per la sua impronta tipicamente ereditaria, per le sue attitudini vitali, per il suo temperamento. Invece di una etiologia definita risulta qui assai più frequente il carattere aspecifico dei disturbi e delle alterazioni organiche: e spesso si *deve ammettere l'intervento di più fattori etiopatogenetici per una medesima sindrome,* più fattori talvolta insieme combinati od operanti in vario tempo.

Si comprende da siffatta varietà di soggetti e di mali il polimorfismo diagnostico che ne consegue, col prevalere di quella che vorrei chiamare *la piccola patologia*: sono situazioni morbose a dominante fisionomia subiettiva e funzionale, a carattere spesso generico, dove le note di habitus, di temperamento emergono con evidenza chiara e spesso decisiva. Si comprende ancora, fra queste note, la ricca gamma dei turbamenti endocrini, neuro-umorali, nervosi: ed ecco fatalmente, se pur con un poco di malavoglia, ecco il giudizio di « neurosi » come unico motivo diagnostico per non pochi mali o meglio per non pochi sofferenti.

Ripeto, è patologia di apparato più che d'organo: squilibrio o vizio di funzioni generali, di regolazioni metaboliche, endocrine, nervose interessate ora in forma unica o prevalente, ora invece *in varia combinazione.*

È quest'ultimo, per mia esperienza e convinzione, uno dei campi più vasti, direi quasi più nuovi di medicina interna generale: una medicina per eccellenza individualistica e curativa, non senza intenti e possibilità di prevenzione o di freno su alcuni degli elementi di cui risulta il complesso morboso. Ecco infatti quelle che io Vi presento come *associazioni viscerali e funzionali a varia figura clinica,* distinguendole in gruppi secondo la prevalente impronta o sintomatologia digestiva, circolatoria, neuroendocrina, metabolica.

Naturalmente quasi tutti i casi qui posti rispondono a una diagnosi propria concreta secondo l'alterazione dominante — per es. ipertensione essenziale, diabete, ipertiroidismo, colecistite cronica e così via. Ma presentandoli come « complessi morbosi » io ho voluto marcare la frequenza di sindromi combinate a due, a tre elementi: così per esempio, ipertensione e diabete o ipertensione, diabete e obesità, così stati pletorici e disturbi angiospastici associati a dispepsie fermentative, a pneumatosi od altri disturbi della sfera digestiva, così affezioni epatobiliari in aggiunta a malattie del ricambio, ecc.

Sono complessi morbosi di notevole interesse dottrinario e pratico poichè offrono aspetti d'insieme che non si limitano al puro e semplice sommarsi di due o più fattori morbosi, ciascuno con la sua fisionomia abituale di malattia isolata, ma compongono *una risultante a impronta fino a un certo punto propria per caratteri sia qualitativi che quantitativi.* Non di rado la sindrome appare invero come un'attenuazione relativa dei singoli fattori, così per es. molti ipertesi diabetici dimostrano una tolleranza d'insieme assai maggiore di quella che non sarebbe per il singolo squilibrio come malattia pura: d'altra parte in questi stessi pazienti vediamo insorgere con spiccata predilezione certe alterazioni organiche come per es. le retiniti e le emorragie del fondo dell'occhio.

L'atmosfera di siffatti malati è dunque in certo modo propria e un poco diversa da quella delle malattie singole. Il trattamento medico, dietetico, generale deve strettamente adattarsi al complesso individuale.

* * *

Concludiamo su questo sguardo d'insieme al doppio panorama di malati e di malattie.

Abbiamo visto quali diversità esistano nel tipo e nel grado di malattia, nelle caratteristiche psiconervose e dinamiche del soggetto, nell'orientamento critico e applicativo del medico intento all'opera diagnostica e terapeutica. La posizione nostra nei due campi offre veramente aspetti dissimili, quasi per un diverso rapporto di tempo e d'azione rispetto alla malattia ed al malato: non soltanto la metodica si adatta a circostanze differenti, ma anche quelli che vorrei chiamare *i tempi della diagnosi e della cura* cadono fra loro in rapporto parzialmente diverso.

Poichè parlo di cura, voglio aprirmi un poco su questo punto che ancora forse rappresenta il motivo più debole della didattica clinica.

Una tradizione che risponde evidentemente al naturale buon senso, che storicamente si è appoggiata all'interpretazione per eccellenza anatomica delle malattie, vuole che la terapia segua alla diagnosi ed alla prognosi come atto ultimo ed applicativo del procedimento intellettuale. La cura è figlia unica della diagnosi, in istretto rapporto di dipendenza e di successione, e la diagnosi — ripeto — appare qui tradizionalmente considerata in senso anatomo-clinico, come giudizio di una entità nosologica il più possibile compiuta e definita.

Siffatta successione di tempo, siffatto distacco tra diagnosi e cura come due atti diversi — quello attivo e per eccellenza intellettuale, questo secondario e meramente applicativo — non è però, a ben guardare, niente altro che una distinzione scolastica, didatticamente necessaria per offrire una serie di aspetti graduali a chi studia, a chi impara, a chi insegna il problema dell'uomo malato, ma non propriamente naturale nè tempestiva rispetto al modo nostro di osservare, di ragionare, di agire. Vi si vede alcunchè di artificio, vi si vede una divisione in tempi non del tutto aderente alla realtà della malattia, del malato e del medico.

La rigidezza di questi passaggi schematici si dimostra eccessiva nell'insegnamento clinico, forse un poco dannosa alla mente e alle forze del giovane medico la cui impreparazione alla terapia è spesso e non a torto accusata.

Qui è questione non tanto di dottrina, ma di temperamento nostro nell'operare e nell'insegnare come medici. Per esperienza e per convinzione io dico a Voi giovani — ed il discorso racchiude una promessa — che la terapia non è figlia della diagnosi ma sorella; che l'una non segue strettamente all'altra in dipendenza di tempo e di concetto, ma l'una e l'altra muovono in un rapporto fluido di interdipendenza, alternando fra loro a sostegno reciproco con un ritmo che vorrei paragonare in musica ad un movimento « a canone », ove una linea tocca e sostiene l'altra e la completa con ritorni alterni e con effetti mutevoli.

Certo, così intesa la terapia non è cosa facile ad insegnarsi, e in fondo tutta la clinica come dottrina e applicazione, secondo gli aspetti che qui di sfuggita Vi ho mostrato, soffre didatticamente della difficoltà di porgere la viva linfa dell'esperienza a chi ne è privo e non può assumerne se non una sorta di luce riflessa e segmentata, uno schema a freddo. Però chi insegna può sul caso e sul problema clinico inserire volta a volta il criterio, direi ancora il sentimento vivo della terapia sorella della diagnosi; può mostrare nella loro linea reale ed esemplare i tempi reciproci della diagnosi e della cura.

Voi forse comprendete già per vostro intuito come il dinamismo vivo e reciproco che collega questi due momenti della clinica risponda per eccellenza alla medicina funzionale, alle anomalie precoci, alle sindromi mutevoli per grado e qualità. Però anche le grandi malattie, anche i più gravi fenomeni offrono infinita varietà d'aspetti e di situazioni, impongono terapie sul sintoma che tuttavia — v'è qualcosa d'ingiusto e molto di erroneo nell'interpetrazione quasi dispregiativa delle cure « sintomatiche » — possono sgombrare il complesso morboso da combinazioni o complicanze accessorie, giovano a chiarire l'affezione base, la vitalità del soggetto, la risposta a certi farmaci, riescono di per sè sole e non di rado a togliere l'infermo da sofferenze conclamate, talvolta a salvarlo.

***

Quali sono dunque, nell'uno e nell'altro campo, i tempi della diagnosi: quali i tempi della cura?

Riprendiamo ancora il nostro confronto. Nel malato d'ospedale, e sarà il malato che Vi chiamerà al suo letto, noi pronunciamo anzitutto una diagnosi di gravità di stato morboso: nell'altro, nel paziente ambulatorio, noi tentiamo una diagnosi di disturbo o sindrome. Là un giudizio qualitativo e quantitativo insieme, cioè prognostico a colpo d'occhio, su elementi obiettivamente dedotti dalla facies, dai primi rilievi viscerali e funzionali; qui un giudizio per eccellenza qualitativo, fondato sulla storia del paziente con tutto il suo prevalente subiettivismo. Invece del fatto morboso dominante, che quasi supera l'individuo come fenomeno a propria forza e caratteristica — il focolaio polmonitico, l'accesso d'asma cardiaco, l'emorragia interna, il coma — qui appare in pieno il soggetto come organismo ancora padrone di sè, con i suoi caratteri morfologici, umorali, funzionali, psiconervosi composti fra loro a « piramide » individuale secondo l'acuta visione di Nicola Pende.

A questo punto cade il primo tempo della cura, e con fisionomia ben diversa. Cura di necessità, spesso di urgenza nelle grandi malattie, orientata contro il fenomeno morboso dominante anche più od anche prima di una diagnosi sostanziale di malattia; nell'altro caso una cura più libera e varia di reiquilibrio o di sostituzione contro il disturbo subiettivo e funzionale, con significato ex-juvantibus largamente inteso.

In parallelo, spesso in seguito alla prima sindrome ed alla prima terapia si concreta là una diagnosi nosologica e non di rado etiologica; qui una diagnosi di squilibrio o disfunzione a spiccato interessamento subiettivo di tipo nervoso, un qualche cosa che per un sottile osservatore — con osservazione ripetuta e con argomenti tratti mano a mano dall'esito delle cure — può oscillare da disturbi labili e fugaci, disturbi o sofferenze « sine materia », al riconoscimento opportuno e talvolta prezioso di affezioni d'organo o d'apparato *in fase precoce*, di prodromi morbosi, di alterazioni dissimulate in parte o in tutto.

Alla malattia piena e dominante corrisponderà tosto o tardi una terapia definita secondo linee in gran parte tradizionali, specifica non di rado, su basi prevalentemente chimico-biologiche: chemioterapia, grandi alcaloidi, sieri. L'altro campo si offre invece per eccellenza all'indirizzo preventivo e generale della terapia, alle cure funzionali ed ai regimi dietetici; con adattamenti continui all'individuo e al disturbo, con intreccio sottile e mobile fra diagnosi e cura, fra disfunzione ed organopatia, ove le doti mediche di elasticità e di perspicacia hanno modo di esplicarsi facendo tesoro dell'esperienza d'ogni giorno.

Se la materia è la medesima, immutati i motivi primi e profondi della malattia, del malato, del medico, la diversità di aspetti, di modi e di tempi che si offre all'opera nostra è tale da obbligare le nostre conoscenze e i nostri metodi ad un continuo raffinamento.

Senza dubbio la base concreta per la preparazione Vostra è ancora quella tradizionale clinica, la visione e la conoscenza delle grandi malattie, delle alterazioni d'organo e d'apparato definibili secondo obiettivi documenti. Ma il primo sforzo di adattamento del giovane medico, la sua prima responsabilità di metodi e di opere potrà compiersi col minimo di incertezze, di parzialità, di delusioni soltanto se quell'altra medicina viva e fluida di cui parlo sia a lui nota e presente come realtà molteplice eppur afferrabile mercè un indirizzo attuale, aperto, veritiero, nell'insegnamento clinico.

*
* *

Certo non è cosa facile, nè per chi insegna nè per chi apprende, raggiungere un giusto equilibrio didattico fra condizioni così varie e diverse, fra tradizione e attualità nella medicina diagnostica e curativa. È il vecchio quesito nostro del come intendere la clinica nella realtà e nella scuola, quesito cui tanti Maestri tentarono volta a volta definizioni e indirizzi chiaramente legati all'ambiente di studio e di lavoro, alle conoscenze mediche del momento, all'educazione, ai metodi, al temperamento di ciascuno.

Vi sono due modi opposti d'insegnamento clinico, due estremi fra loro variamente conciliabili secondo un tocco che rispecchia l'epoca e l'individuo.

Un primo modo possiamo chiamarlo *intellettualistico*, a sviluppi per eccellenza dialettici e con evidenti scrupoli formali. L'alta qualità delle argomentazioni, la forma elaborata fanno della lezione quasi un'opera d'arte e come « arte » suol essere presentata la clinica nella sua dottrina e nella sua prassi, la figura stessa del clinico. Chiaramente si vede, in fondo a questo estremo, l'eccesso dottrinario e formalistico, il superamento del malato per problemi generali, la terapia trascurata.

L'altro modo possiamo chiamarlo *pratico* o *finalistico*, su basi per eccellenza tecniche e con documentazioni il più possibile esatte. La materia e la persona didattica appaiono orientate verso i modi e le forme della scienza positiva, cui si accede con l'esercizio e la dimostrazione. Come eccesso o abuso di questa tendenza potremo sorprendere una certa grettezza nelle argomentazioni generali, il malato ridotto ad uno o più fenomeni, diagnostica e terapia ad orizzonte concreto ma angusto.

La clinica come arte, la clinica come scienza: quante volte Voi giovani leggerete o ascolterete la vecchia disputa su queste definizioni elementari epperò sempre difficili a fissare! Si afferma spesso che l'opera medica è l'una e l'altra insieme, ma la Vostra critica d'oggi e l'esperienza Vostra di domani Vi diranno che siffatta combinazione d'arte e di scienza è ben povera cosa nell'uno e nell'altro senso: un'arte senza bellezza nè gusto estetico, senza ispirazione disinteressata; una scienza ancor tanto fatta di empirismo, di inesatto, di arbitrio.

Se noi proviamo ad interrogarci nella nostra opera, se io posso dirvi ancora una volta che cosa sento di me stesso in quanto medico, per il mio pensiero e per il mio lavoro, è per confessarci ben lontani dalla grande arte, dalla vera scienza: nell'eterno dramma di vita e di morte, di salute e di malattia — e la medicina vive tutta, come intenti e come opere, in questa vita insidiata dal male — noi medici siamo combattenti assai più che artisti o scienziati, combattenti in lotta per una buona causa.

Clinica sana e utile, coerente nella dottrina e nella pratica, nella scuola e nella vita, è quella che lungi da ogni lusso intellettuale come da ogni grettezza tecnica mira ad un realismo medico intelligente e concreto, nutrito di ogni esperienza, aperto ad ogni luce nella sua prima finalità di bene, teso a fornire a noi medici vecchi e giovani, maestri e allievi, le doti migliori di mente, di animo, di tecnica per combattere la nostra buona causa.

MEDICINA COLONIALE

Ambulatorio Civile - Gimma
(A. O. I.)

Il quadro nosologico tra gli indigeni dell'estremo ovest etiopico (Beni Sciangul nei suoi aspetti più caratteristici.

Dott. Enrico De Lotto.

L'ovest etiopico, magnifico emporio di inesauribili ricchezze, non deve essere solamente conosciuto sotto il punto di vista agricolo, commerciale, ed industriale, ma anche e sopratutto nel suo quadro nosologico, che assume grande importanza in relazione alla colonizzazione europea.

Desidero esporre qui brevemente alcune manifestazioni che caratterizzano il quadro nosologico fra le popolazioni dei Beni Sciangul, quadro che durante parecchi mesi di pratica medica in tutti i centri di questo territorio, credo di essere riuscito ad interpretare, se non dettagliatamente, nella sua sintetica espressione.

Prima però di entrare nel preposto argomento, è bene richiamare l'attenzione sulle particolari condizioni geografiche e climatiche della regione per rendere più facile l'interpretazione di certi fenomeni morbosi in stretta relazione con l'ambiente di diffusione.

Il Commissariato dei Beni Sciangul è una striscia di terreno, nell'estremo ovest etiopico, che confina a nord-ovest con il Sudan Anglo Egiziano, a nord est con il fiume Nilo Azzurro, a sud con il Commissario dell'Uollega fra il 9° ed il 10° parallelo circa.

È un altopiano, coperto da una boscaglia, ora rada ora fitta, specialmente lungo le rive dei fiumi, che scende a ovest gradatamente verso il torrido bassopiano sudanese con varii contrafforti, ed a nord-est verso il Nilo Azzurro.

La superficie complessiva è di circa 20.000 Kq. con una popolazione di circa 120.000 indigeni. I bianchi, italiani ed europei, questi ultimi in gran parte greci, sono circa 160 (funzionari, ufficiali, professionisti, tecnici, impiegati, militari, operai e qualche commerciante).

La sede di Commissariato è Asosa (a 1700 m. sul livello del mare) piccolo centro sorto dal nulla dopo la nostra occupazione, centro che sta diventando importante per il commercio con il vicino Sudan e per le fiorenti industrie aurifere.

Il territorio è suddiviso in due residenze: quella di Asosa con la vice residenza di Mendi, e quella di Becca.

I principali corsi d'acqua che attraversano il territorio sono: Il Nilo Azzurro, il Dabus, l'Yabus, il Gonza, il Kudus, il Sirgole, il Tumat, l'Afa.

I venti principali hanno direzione nord-est ed assumono talvolta una forte velocità. Non sono rare le trombe d'aria. La temperatura oscilla fra i 20° e di 40° nel bassopiano, fra i 10° e i 30° nell'altipiano.

Le malattie.

Dirò ora delle malattie che ho avuto modo di osservare, tralasciandone alcune comuni nei nostri paesi.

Fig. 1. — Genti Sciangalla (Miniera di Ondonoc) che si sottopongono alla vaccinazione antivaiolosa.

Raggrupperò poi queste malattie in differenti capitoli, seguendo l'importanza di esse e la varia origine del loro agente eziologico.

Malattie da schizomiceti.

La tubercolosi polmonare pare sia sconosciuta in questa regione. I due casi che ho potuto osservare li ho riscontrati in individui provenienti da altre zone abitate da lungo tempo da europei (un ascari e la moglie di un ascari). Un caso è stato diagnosticato anche microscopicamente. In tutti e due i casi la malattia ha avuto un decorso molto rapido ed in uno l'esito è stato letale.

La peste ed il colera non sono stati mai riscontrati in questa zona.

La lebbra non è affatto diffusa in questo territorio. Esiste qualche caso sporadico fra le tribù del bassopiano (Maghezan-Korkalifa) dove il clima è torrido e le condizioni igieniche di quelle tribù (Gumus) sono scadenti. In genere si tratta di forma mutilante, dovuta a gravi turbe distrofiche delle estremità. Questi lebbrosi vivono in genere lontani dai centri abitati ed isolato completamente.

Data la rarità di questa malattia non sono

state prese ancora misure per ricoverare questi disgraziati in appositi lebbrosari.

MALATTIE DA SPIROCHETE.

Le spirochetosi acquistano in questo territorio, come del resto in tutto l'Impero, e credo in tutta l'Africa, un carattere di eccezionale importanza.

FIG. 2. — Un caso di tubercolosi polmonare.

La *febbre ricorrente* da « spirocheta Duttoni » l'ho riscontrata in Asosa in un individuo proveniente da Becca e ad Afodu. Questa malattia è presente nell'altopiano durante la stagione asciutta. La diagnosi è stata confermata dall'esame microscopico. In un nazionale ho notato una sintomatologia caratterizzata da febbre elevata, continua, accompagnata da nausea, vomito, urobilinuria ed una sindrome addominale che ricorda quella descritta dal Liotta, in modo così netto da far pensare ad una colecistite.

Questa sindrome è stata rilevata durante il periodo apirettico, epoca in cui sono stato chiamato al letto dell'ammalato e solo un nuovo attacco febbrile e l'esame del sangue mi ha orientato verso la ricorrente. La dolorabilità alla palpazione del punto colecistico, la cui frequenza è stata notata dal Castellani, era un sintoma caratteristico. Ho sempre ottenuto ottimi risultati mediante gli arseno-benzoli.

La *sifilide* è la spirochetosi più diffusa. Pare che questa malattia sia stata portata in queste regioni dagli arabi. Infatti fra le genti Koma, che pochi contatti hanno avuto con europei ed arabi, è assai rara, mentre fra le genti di origine Barta è diffusissima.

Anche in questo territorio, come ho potuto osservare altrove, la spirocheta di Schaudin avrebbe acquisito delle qualità speciali, qualità di dermotropismo, a differenza della spirocheta di Schaudin dei nostri paesi che invece ha ha tendenza neurotropa.

Credo che questo neurotropismo e questo dermotropismo, come già osservava in una sua apprezzata conferenza alla Società medica di Trieste il compianto prof. Del Favero, non dipenda unicamente dalle proprietà delle spirochete ma altresì dalla resistenza dell'organismo, resistenza affievolita nel sistema cutaneo in un caso, nel sistema nervoso nell'altro.

Un'altra malattia, i cui effetti deleteri ho potuto personalmente constatare, è il dermotifo, che è quasi sempre ad andamento letale quando colpisce individui il cui sistema nervoso è reso meno resistente per il lungo lavoro intellettuale, preoccupazioni ecc. (medici, intellettuali in genere); al contrario ha un andamento benigno nei primitivi. È logico che l'indigeno ha acquisito uno stato immunitario.

La sifilide ereditaria non è così frequente come comunemente si crede, per il fatto che esiste una selezione naturale, mediante frequenti aborti, che ho potuto osservare e per i quali una grande quantità di esseri fortemente luetici soccombono, per favorire altri in cui l'infezione è così benigna da non manifestarsi nella vita extra uterina. Comunque la triade di Hutchinson l'ho osservata rarissimamente. Ho notato invece spessissimo in individui relativamente giovani una pleiade glandolare epitrocleare ed inguinale. In moltissimi vi è storia di ulcere luetiche.

Il sifiloma iniziale compare generalmente sul prepuzio o sul glande negli uomini, sulle piccole e grandi labbra o sul clitoride nelle donne. In queste ho notato talvolta l'ulcera al collo uterino. Ho visto alcuni sifilomi extra genitali che per la loro rarità voglio segnalare: uno sull'ugula, uno su una tonsilla, ed uno sulla punta del naso in una donna. Un caso

raro di ulcera fagedenetica l'ho osservato in un indigeno, che colpito da sifiloma iniziale al glande questo s'è trasformato in ulcera che si è estesa rapidamente a tutta l'asta devastando orribilmente i tessuti in profondità, diventando suppurante e dolente. Sempre presente la pleiade glandolare in vicinanza del sifiloma.

Nei nazionali la reazione di Wassermann è stata positiva dopo pochi giorni dalla comparsa del sifiloma, e l'andamento clinico è comune a quello che si osserva nei nostri paesi. Nel periodo secondario sono frequenti le cefalee, e dolori reumatoidi, nevralgie varie, Sono comuni in questo stadio i sifilodermi, i condilomi piani, scrotali, anogenitali e perigenitali, le placche mucose e l'edema delle piccole e grandi labbra nelle donne. Ho visto un paziente affetto da sifiloderma rupioide con croste ed ulcerazioni a tutta la faccia ed al tronco, salvo in qualche zona dove si potevano osservare le cicatrici corrispondenti a lesioni precedenti, circondate da un orlo di pigmentazione brunastra. Ho osservato raramente negli indigeni la caduta dei capelli e lesioni secondarie al velopendolo, ugula e tonsille. Ho osservato un caso di pseudo reumatismo sifilitico di Fournier. L'inefficacia della terapia salicilica, l'ottimo risultato di cure specifiche, l'assenza di febbre, mi ha indotto a pensare anche senza la reazione di Wassermann a questa malattia.

Per quanto riguarda la lue terziaria, se le forme prettamente nervose non le abbia osservate, credo di poter attribuire ad una pregressa infezione luetica numerose affezioni oculari come forme di sclerite, cheratite, irite, coroiditi, lesioni della retina e del nervo ottico, e qualche forma di otite media suppurativa.

Sarebbe interessante, in questo campo, effettuare accurate indagini, con mezzi di laboratorio e con l'aiuto di uno specialista di malattie degli occhi.

Le forme uculari sono comunissime e diffuse in tutto il territorio dei Beni Sciangul. Ho osservato qualche caso di gomma ulcerata alla natica con una forma di artrite dell'articolazione femorale. La diffusione della sifilide in questo territorio è dovuta alla mancanza in passato di mezzi curativi adatti. L'opera empirica dei santoni non ha apportato alcun beneficio e solo la nostra opera instancabile potrà arginare questo terribile morbo con mezzi veramente miracolosi come sono i preparati di bismuto, mercurio, e sopratutto gli arsenobenzoli. Gli indigeni, anche quelli che abitano i più lontani e sperduti villaggi, comprendono poco a poco i benefici effetti delle nostre cure ed accorrono sempre più numerosi nei nostri ambulatori effettuando talvolta centinaia di Km. di strada.

Il pian o framboesia tropica non è molto diffuso in questo territorio. Ho visto un solo caso in un bambino abitante la zona di Gonza. Non ho mai constatato il Grab Jaws, la Gangosa, il Goum Dou, le nodosità iuxta articolari.

L'ulcera tropicale disgraziatamente è molto diffusa in queste regioni ed è spesso ribelle a qualsiasi trattamento tanto da esser guarita assai lentamente. Qualche caso raro, l'ho guarito in un periodo di tempo assai limitato, mediante l'applicazione di striscie di cerotto secondo il metodo di Byngton.

Non ho riscontrato alcun caso di dengue.

La *febbre bilioso-emoglobinurica*, che come dice il Castellani non è da collocarsi fra le spirochetosi, ma fra le malattie da protozoi, assume in questa zona una importanza non trascurabile nella diagnosi differenziale con la febbre gialla. In passato è stato segnalato qualche caso di febbre gialla in questo territorio, ma ho il dubbio che trattavasi di casi di febbre bilioso-emoglobinurica. Un caso da me osservato in un ascari di stanza nel bassopiano, verso i confini del Sudan; aveva la seguente sindrome: febbre elevata (40°) brividi intensi, stomaco dolente, quindi periodo di apiressia poi tinta itterica, vomito nerastro (bile e sangue). Il paziente è deceduto in istato di profonda cachessia. Dall'anamnesi risultava un malarico cronico. Di recente un collega greco ha osservato un caso caratterizzato dalla sintomatologia sopra descritta in un malarico cronico proveniente da Dul, con esito letale. Il collega pensava alla febbre gialla ma credo invece, come da seria inchiesta effettuata sul luogo, trattavasi di un caso di febbre bilioso emoglobinurica. Comunque, come dirò più avanti parlando della febbre gialla, sarà bene

FIG. 3. — Il primo ambulatorio della sanità civile italiana costruito ad Asosa (confini del Sudan) dal dott. De Lotto.

effettuare ulteriori ricerche cliniche e di laboratorio per chiarire questo problema di capitale importanza.

MALATTIE DA PROTOZOI.

La *malaria* è presente in questo territorio con una frequenza e gravità speciale. La vicinanza del bassopiano sudanese, insalubre e torrido, la presenza di numerosi corsi d'acqua come il Nilo Azzurro, il Dabus, l'Yabus, l'Afa, il Kudus, il Sirgoie ed i numerosi loro affluenti che durante la stagione delle pioggie assumono proporzioni maestose per la enorme quantità di acqua che scorre nel loro letto e che in diversi punti del loro percorso straripano formando lungo le rive vasti acquitrini e paludi malsane, la temperatura che oscilla fra i 20° e i 40°, calda-umida, l'altitudine della zona sempre inferiore ai 1600 m., le precipitazioni abbondanti durante il periodo delle pioggie, le numerosissime anfrattuosità del terreno a base argillosa, la leggera pendenza delle linee idrodinamiche, l'instabilità dei venti, sono tutti elementi adatti allo sviluppo della zanzara malarigena, osservata dal sottoscritto in tutta la zona, presente in numero limitato durante e dopo il periodo delle pioggie nelle zone più elevate, presente in grande abbondanza durante tutti i mesi dell'anno lungo il percorso dei principali fiumi. Durante la stagione secca (gennaio, febbraio, marzo, aprile, maggio) ho constatato diversi casi di malaria terzana maligna, sia fra i nazionali come fra gli arabi e gli indigeni. Non ho potuto raccogliere una statistica esatta, però, posso affermare che la maggioranza delle affezioni si sono contratte nelle seguenti località: Dul, Sirgole, Traghetto del fiume Dabus, Gonza, Bomo, fiume Afa e Afodu.

FIG. 4. — Epatosplenomegalia in malarico.

FIG. 5. — Caso di fulminazione.

Per quanto riguarda il centro di Asosa, sede di Commissariato, posso affermare con molta sicurezza che alcuni nazionali hanno quivi contratto la malaria, per cui ho proposto all'Ispettorato di Sanità uno schema di bonifica antimalarica da effettuarsi in questa zona. In località Ondonoc, dove esistono importanti miniere aurifere, non si sono verificati casi di malaria fra i bianchi (italiani e tedeschi) ivi dimoranti grazie ad una seria profilassi di Atebrin composto praticata da tutti. Fra gli operai indigeni invece si sono avuti numerosi casi di malaria. Per quanto riguarda i caratteri della malattia ho osservato che la terzana benigna non si è quasi mai manifestata con caratteri netti. Molte sono le forme miste. La terzana maligna si è sempre presentata con una sintomatologia grave caratterizzata da febbre elevata, continua, cefalea, vomito, dolori addominali e articolari, ecc. Sarebbe quanto mai interessante poter determinare le varie specie di Anopheles, il numero degli indigeni portatori del parassita, l'indice splenomegalico ed effettuare lo studio microscpico delle diverse forme di malaria. Tutto questo sarà possibile effettuare allorchè questa zona sarà fornita di un ambiente e dei mezzi adatti per un serio studio.

Non ho constatato casi di *malattia del sonno*

in questo territorio. Ho osservato però lungo le rive del Cudus, nel bassopiano, delle glossine, che sembrano siano anche presenti lungo le basse rive del Dabus e del Nilo Azzurro. Il Castellani dice che questa malattia si può trovare nella regione sud occidentale dell'Etiopia e non è da escludere la possibilità che anche in questo territorio si riscontri la tripanosomiasi umana. Sembra che esista la tripanosomiasi animale. Per eliminare questo dubbio sarebbe utile, come vedremo per la febbre gialla, mettersi a contatto con le Autorità Sanitarie di Kartum, dove esiste un Istituto di ricerche scientifiche.

Presente la dissenteria amebica.

MALATTIE DA VIRUS FILTRABILI.

Nel novembre 1938 veniva segnalato all'Ispettorato di Sanità del Governo dei Galla e Sidama un caso di febbre gialla riscontrato in questo territorio e precisamente in località Dul, paese situato nel bassopiano occidentale ai confini del Sudan Anglo Egiziano. La ventura volle che qualche mese dopo fossi inviato in questo territorio dove potei effettuare alcune importanti osservazioni per accertarmi se veramente esistesse detta malattia.

Asosa è collegata per mezzo di una linea aerea regolare con Addis Abeba e Gimma, per cui era necessario stabilire tempestivamente se nella zona vi fossero o no stegomie, anche per il fatto che l'aereo pernotta sul campo di Asosa, affinchè questi vettori non venissero trasportati a distanze enormi perfino in Italia con gli aerei,

Da informazioni attinte da varie fonti ho potuto stabilire che la presenza delle stegomie nel bassopiano, specialmente sudanese, si verifica durante i mesi di ottobre e novembre, cioè sul finire delle grandi pioggie. Non vi è mai stata presenza, ne io ho potuto constatarla, di stegomie nell'altopiano. Non l'ho constatata neppure nel bassopiano occidentale lungo le frontiere dell'ovest durante numerosi giri nosografici. Ho saputo, ma non con certezza scientifica, che verso i confini (Ghezan, Roseires, Kurmuk, Wad Medani, Malacal, Rive del Nilo Bianco) in territorio sudanese si sono verificati casi isolati ed epidemie negli anni passati e prima della nostra occupazione. Sarebbe quanto mai interessante poter mettersi a contatto con le autorità sudanesi per stabilire realmente la verità di queste asserzioni, conoscenza di grande portata per stabilire in modo concreto l'entità di questa malattia ed i focolai di origine.

Il Castellani ed altri autori, nella distribuzione geografica della febbre gialla, non contemplano l'endemia di questo morbo in questa regione. Per quanto riguarda il caso segnalato in questo territorio ho concluso, d'accordo con un collega ufficiale medico, che trattavasi di una forma grave di malaria, ed io penso che con molta probabilità fosse un caso di febbre bilioso-emoglobinurica, malattia da me constatata in altri tre individui. Il paziente in parola era stato in precedenza curato per una forma di malaria tropicale, che si è riacutizzata allorquando il paziente venne trasferito, per ragioni di servizio, in zona malarica. La sintomatologia era caratterizzata da febbre elevata chininoresistente, vomito bilioso commisto a sangue, emoglobinuria, desquamazione della pelle. È noto infatti che una intensa emoglobinuria caratterizza la febbre bilioso-emoglobinurica. Anche la desquamazione della pelle è frequente nelle forme sia di malaria sia di febbre emoglobinurica, ed ho potuto osservarla anche in un individuo che data la persistenza della febbre l'ho creduto per un certo periodo di tempo un termotifoso. (Sierodiagnosi di Weil-Felix negativa, ricerca del Plasmodium falciparum positiva). Il subittero delle sclere, il vomito bilioso commisto a sangue, la chinino resistenza della febbre si riscontra in queste due malattie. La febbre gialla ha poi un carattere epidemico e colpisce in genere più individui di una comunità. Tutti questi sintomi diagnostici differenziali, mi hanno indotto a concludere che il caso in parola non era febbre gialla ma una forma di malaria tropicale o un caso di febbre bilioso-emoglobinurica, e che nel nostro territorio non esiste febbre gialla.

Il *dermotifo* è endemico in tutta l'Etiopia, ed ho voluto, grazie ad una certa esperienza acquisita durante una recente epidemia in Gimma, ricercare se questa malattia esistesse nei Beni Sciangul. Ho effettuato la siero-diagnosi di Weil-Felix in numerosi casi sospetti e sono risultati tutti negativi, fatta eccezione di un caso positivo per il B. Proteus KX 19 ad un titolo 1:100. Questo reperto ha scarso valore diagnostico. Clinicamente però la sintomatologia era quella del tifo petecchiale.

Dal lato nosologico questo caso ha scarsa importanza perchè trattavasi di un indigeno proveniente da Ghimbi, dove esiste un focolaio di questa malattia. Per ragioni profilattiche ho sottoposto a vaccinazione, secondo il metodo di Weigel, tutti i nazionali del territorio e non ho constatato nessun altro caso.

MALATTIE DA FUNGHI.

Le malattie prodotte da ifomiceti trovano in questa zona caldo-umida un magnifico ambiente di sviluppo. Ho notato diversi casi di micetoma.

MALATTIE DA ELMINTI E DA ALTRI PARASSITI.

Non ho notato casi di bilarziosi. Le tenie sono frequenti. L'uso di mangiare carne poco cotta o non sufficientemente affumicata è la causa di questa elmintiasi.

FIG. 6. — Piede di Madura.

FIG. 7. — Caso di Filariosi.

La filaria è presente ed ho notato diversi casi di elefantiasi dello scroto e degli arti inferiori.

Ho osservato con una certa frequenza la pulex penetrans ed ho osservato alcune gravi lesioni delle mani e dei piedi in indigeni del paese di Isigogo.

Ecco brevemente esposto il quadro nosologico nei suoi aspetti più caratteristici tra le popolazioni dei Beni Sciangul, popolazioni che si trovano in buone codizioni di salute. Il campo da studiare è ancora vasto e la nostra opera risanatrice trova in questa contrada un magnifico campo di azione.

Il Governo sta provvedendo con mezzi adeguati ad organizzare definitivamente il servizio sanitario anche in questa zona con la costruzione di una decorosa infermeria ambulatorio, che sostituirà quella da me creata e che fu la prima infermeria civile dei Beni Sciangul.

RIASSUNTO.

L'A. espone il quadro nosologico del Territorio dei Beni Sciangul soffermandosi particolarmente su alcuni casi di febbre ittero-emoglobinurica, la cui conoscenza, secondo l'A., ha una grande importanza nella diagnosi differenziale con la Febbre gialla. L'A. ravvisa l'opportunità di effettuare ulteriori ricerche per stabilire la presenza nel territorio della Stegomia calopus e della Glossina palpalis.

RIVISTE SINTETICHE

Il bacillo bovino nella tubercolosi umana.

Con il notevole abbassamento della morbosità per tubercolosi, che si è verificato quasi dovunque in questi ultimi tempi, è venuta assumendo una relativa importanza la possibilità dell'infezione umana da bacillo bovino ed è quindi opportuno prospettare lo stato attuale della questione, per avere un'idea del reale pericolo che essa può presentare e delle eventuali difese a cui ricorrere.

È noto che, pochi anni dopo la scoperta del bacillo di Koch (1882), altri studiosi incominciarono a distinguerne delle varietà che, pure avendo in comune alcune proprietà fondamentali, fra cui principale quella dell'acido-resistenza, se ne differenziano per un particolare adattamento a determinate categorie di ospiti su cui proliferano. Fu identificato per primo il bacillo tubercolare bovino, distinto dapprima da Rivolta (1885) e poi da Strauss (1891). Ma, mettendo in raffronto il tipo bovino con quello umano (e senza tener qui conto degli altri, come quello degli uccelli, degli animali a sangue freddo, ecc.), si presenta subito il problema se le differenze fra questi due tipi siano tali da ammettere una netta distinzione, oppure si tratti di una specie unica, di cui alcuni stipiti hanno subito un particolare adattamento ad un determinato ospite.

La questione, evidentemente, è assai importante, non soltanto dal punto di vista teoretico, ma soprattutto sul terreno della pratica, per la possibilità di reciproche infezioni bovino-umane.

Si schierarono allora gli studiosi nei due partiti, gli unicisti ed i dualisti. La tesi dualista venne vigorosamente sostenuta da R. Koch, al Congresso internazionale della tubercolosi, tenutosi a Londra nel 1901, dove egli affermò che la tubercolosi umana e la bovina sono distinte e che la forma umana di origine bovina è eccezionale.

La tesi di Koch suscitò molti contrasti; si intrapresero allora varie ricerche di controllo, specialmente in Inghilterra, Danimarca, Germania, S. U. A. Anche in Italia, la Direzione Generale di Sanità pubblica studiò a fondo la questione, esponendo (1912) i risultati in una relazione ampia, in tre volumi, dove figurano i nomi di Gosio, Cosco e Rosa.

Ch. Gernez, che recentemente ha portato su questo argomento la sua attenzione con vari studi in proposito, ha riunito le statistiche globali della letteratura, concernenti circa 17.000 esami. Da una media complessiva, risulta che la proporzione in cui il bacillo bovino è stato isolato in casi di tubercolosi umana è dell'11 %.

Notevolissime differenze si osservano nella ripartizione del bacillo bovino nella tubercolosi umana e cioè:

1) *Secondo la localizzazione della tubercolosi*, per cui dalle citate statistiche si trova che il bacillo bovino si trova nel 20 % delle forme extrapolmonari e nel 3 % di quelle polmonari. Ciò si spiega col fatto che la massima parte delle infezioni da bacillo bovino si osserva nell'infanzia, età in cui le localizzazioni extrapolmonari si hanno con tale frequenza da costituire il tipo di tubercolosi infantile.

2) *Secondo la distribuzione geografica*, andando da un massimo di 20,7 % per la Scozia, al 13,3 % della Danimarca, al 3 % del Giappone.

3) *Secondo che si tratti di città o campagna*, mostrando la tubercolosi di origine bovina una maggior predilezione per le zone rurali; in Danimarca, per esempio, la proporzione sale dal 6-7 % in Kopenhagen, al 34,9 % e fino al 57,6 % nelle zone rurali.

4) *Secondo l'età*, avendosi la proporzione del 29 % circa fino a 10 anni, di 18,5 da 10 a 15 e di 6 % oltre i 15. La maggior preferenza per l'infanzia si spiega sia per il maggior consumo di latte in tale età, sia per una minore resistenza della barriera costituita dall'anello linfoadenoideo del faringe.

La validità di alcune statistiche, a cui si riferiscono i dati sopra citati, può poi essere infirmata dal fatto che sono state raccolte da tempo, quando si riteneva di poter distinguere morfologicamente i due bacilli, ciò che ora è stato dimostrato erroneo. Si ricorre, quindi, ai più sicuri sistemi delle colture e dell'inoculazione nell'animale, specialmente nel coniglio. Anche la cutireazione con le tubercoline preparate con i due tipi di bacilli non può servire per una sicura diagnosi differenziale. Per le colture, Gernez ricorre al terreno di Bordet-Gengou che col bacillo bovino fornisce i migliori risultati in confronto di quelli di Löwenstein e di Laporte; non risulta che tale autore abbia provato il terreno di Petragnani, che ora è largamente usato dovunque.

Lo stesso Gernez ha studiato la diffusione dell'infezione da bacillo bovino nel Nord della Francia, praticando esami di prodotti patologici svariati in 852 casi. Per 558, venne comprovata l'origine tubercolare, ma soltanto per tre stipiti, si potè dimostrare l'appartenenza al tipo bovino; in 2 si trattava di forme osteoarticolari, nel terzo di meningite, in questo, il bacillo venne riscontrato nel liquor.

In Italia, sono state fatte numerose ricerche. Per non accennare che alle più recenti, sono da citarsi quelle di Omodei-Zorini, Salvioli, Daddi e Di Natale, De Sanctis-Monaldi, Favia, ecc. Risulta da esse che il bacillo bovino può essere incriminato nel 3,5 % dei casi. Ma anche qui la proporzione dei casi, in cui esso è stato riscontrato, varia secondo gli autori: da De Sanctis-Monaldi, che ha isolato il tipo bovino in un solo caso su 50 di meningite tu-

bercolare ed uno su 72 stipiti isolati da tubercolosi renale, a Cellina che per quest'ultima localizzazione ne ha trovato 3 su 16, a Sollazzo e De Gara che, per la tubercolosi osteo-articolare e linfoghiandolare, hanno trovato il bacillo bovino con una frequenza vicina a quella osservata in Inghilterra.

Per la *localizzazione polmonare*, Daddi e Di Natale, su oltre 500 casi esaminati, hanno trovato soltanto il 0,7 % di tipo bovino, ciò che conferma i risultati ottenuti in Italia nella citata relazione del 1912. Anche G. Petragnani ha insistito recentemente sulla rarità della tubercolosi da bacillo bovino in Italia, accennando anche al fatto che non esiste un parallelismo tra la frequenza della tubercolosi umana e bovina. In Sardegna, di fatto, la tubercolosi bovina è relativamente rara, mentre la morbosità per tubercolosi nell'uomo è più elevata che la media del Regno; invece, in Lombardia, dove la tubercolosi dei bovini è relativamente frequente, l'indice di morbosità per tubercolosi umana è notevolmente inferiore.

Riassumendo i capisaldi della questione allo stato attuale, risulta anzitutto dimostrata l'esistenza di due tipi distinti di bacillo, bovino ed umano, collegati da forme intermedie. L'infezione da bacillo bovino si verifica soprattutto nell'infanzia ed appunto per tale predilezione di età, tende a dare una maggior proporzione di forme extrapolmonari. La relativa ed apparente benignità, ammessa da taluni per il bacillo bovino, è in rapporto appunto con tale più frequente localizzazione e non già per una minore virulenza. Di fatto, nel decorso di forme polmonari e meningee, non si hanno differenze con il tipo umano; per qualche autore, anzi (Stürz), per il caso del lupus, le forme da bacillo bovino sono gravi e meno guaribili che quelle da tipo umano.

Va anche menzionata la possibilità di infezioni miste (presenza nello stesso individuo di bacilli umani e bovini), descritte da vari autori, le quali sono con tutta probabilità da riferirsi a superinfezioni esogene.

Importante, ai fini della profilassi è la *modalità di contagio*, che può avvenire: 1) per mezzo del latte e suoi prodotti; 2) per contatto con bovini infetti; 3) per contagio interumano. Quest'ultima modalità va ammessa quando non si trovano prove sufficienti per le due prime. Si hanno, poi, delle forme polmonari con stipiti a caratteristiche intermedie, che possono rappresentare un adattamento — attraverso diversi passaggi nell'uomo — di un tipo originalmente bovino.

L'infezione per contatto con bovini infetti è stata dimostrata e può assumere il significato di una malattia da lavoro. Sia questa che l'infezione da uomo ad uomo avviene per via aerogena.

Si verifica, invece, per via enterogena l'infezione da latte o suoi prodotti. Tale modalità di contagio si rileva con maggior frequenza nelle campagne che nelle città dove, sia per la pastorizzazione del latte, sia per le abitudini della popolazione di farlo bollire, il pericolo d'infezione viene quasi a scomparire. E che appunto ai due fattori citati si debba attribuire la bassa proporzione — in certi ambienti — della tubercolosi da bacillo bovino, è dimostrato dal fatto che Gernez, nelle stesse località dove ha trovato il 0,35 % di casi umani da tipo bovino, ha invece riscontrato frequente (5,33 %) l'inquinamento del latte crudo, che veniva a perdere la sua pericolosità per l'abitudine invalsa in quelle popolazioni di farlo bollire. Anche per la Svizzera, Jacottett ha riscontrato condizioni analoghe.

*
* *

Il pericolo d'infezione da bacillo bovino, pur senza esagerarlo nelle condizioni del nostro paese, va pertanto tenuto presente, specialmente negli ambienti rurali, per i bambini ed in linea secondaria per gli adulti in contatto con bovini infetti.

La profilassi della tubercolosi umana da bacillo bovino va soprattutto impostata sulla lotta contro l'infezione bovina; in certi paesi dove questa lotta è molto attiva, come per sempio in Olanda, la malattia è diventata sporadica, sicchè è da ritenersi che le infezioni umane si faranno sempre più rare. Parallelamente, va svolta la profilassi verso la sorgente più comune d'infezione, il latte, che va sottoposto a pastorizzazione per l'approvvigionamento pubblico ed alla bollitura, per il privato, nel caso di provenienza sospetta od ignota.

A. FILIPPINI.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

La bibliografia sull'argomento è molto vasta. Citiamo qui alcune delle fonti più recenti e significative: G. Petragnani, La tub. bovine en Sardaigne, Off. int. hyg. pub., 1938, pag. 805; G. Daddi, Il bacillo di Koch, Cappelli ed., 1938; M. Jacottet, L'infection tub. à bac. bovin chez l'homme, Rev. méd. Suisse Romande, marzo 1939; Ch. Gernez, Rôle du bac. tub. de type bovin dans l'infection tuberculeuse. IV Congr. naz. franç. de la tub., Id. Milieu de Bordet-Gengou pour l'isolement et la culture du bac. tub., C. R. Soc. biologie, 9 maggio 1938; Ch. Gerenz, P. Champon e R. Leport, Ricerche du bac. tub. dans le lait de vache de la region du Nord de la France, C. R. Soc. biologie, 12 luglio 1937; R. Legrand, Ch. Gernez, P. Champon e E. Leport. Recherches comparatives sur les procedés d'isolement du bac. tub. dans le lait de vache: Ibidem, 14 marzo 1938; Ch. Gernez, Le diagnostic bact. de la tub. par la culture du bac. de Koch. Bull. Biologistes pharmaciens, 1936, n. 34; Id. Rôle du bac. de type bovin dans la tub. humaine dans le Nord de la France. C. R. Soc. biol., 8 febbr., 1939.

SUNTI E RASSEGNE

SEMEIOTICA.

Valore pratico della reazione di sedimentazione.

(A. V. Domarus. *Mediz. Welt*, 19 agosto 1939).

In condizioni normali la velocità di sedimentazione degli eritrociti si mantiene quasi costante; piccole oscillazioni ritmiche nelle 24 ore, con un massimo pomeridiano, si fanno più accentuate in condizioni patologiche. Tra i fattori fisiologici nè l'alimentazione nè la mestruazione influiscono sulla velocità di sedimentazione; quest'ultima può però provocare in condizioni patologiche una accelerazione che manca nel periodo intermestruale (azione indiretta della mestruazione per attivazione di focolai infiammatori). La lettura dei valori viene fatta dopo 1 e dopo 2 ore: in casi di velocità notevole si consiglia una lettura già dopo la prima mezz'ora. I fattori che influiscono sulla velocità di sedimentazione degli eritrociti sono la loro costituzione e la composizione dei proteidi del siero. La sedimentazione avviene dopo che si sono formati dei conglomerati di eritrociti. Per la formazione di questi conglomerati ha una capitale importanza la composizione dei proteidi plasmatici: l'aumento dei proteidi a dispersione grossolana (fibrinogeno e globulina) accelera fortemente la sedimentazione. Se si prescinde dallo stato fisiologico di gravidanza, un aumento del fibrinogeno e della globulina avviene principalmente in quelle condizioni che esagerano la scissione risp. la mobilizzazione dei proteidi organici: processi flogistici, suppurazioni, vaste necrosi organiche, neoplasmi. In tutte queste condizioni si accelera la velocità di sedimentazione degli eritrociti: la reazione è aspecifica ma ha il pregio di essere oltremodo sensibile. Anche il peso specifico degli eritrociti influisce sulla velocità di sedimentazione: così gli eritrociti ricchi di Hb della anemia perniciosa sedimentano più rapidamente che gli eritrociti poveri di Hb.

Nei processi infiammatori la velocità di sedimentazione dipende dalla estensione del focolaio (quantità di prodotti infiammatori formati) e soprattutto dalle condizioni più o meno favorevoli di riassorbimento dei prodotti flogistici. Perciò processi pleurici, peritoneali o articolari provocano una forte accelerazione anche se sono di lieve entità, mentre un ascesso anche voluminoso può accompagnarsi ad una sedimentazione normale, se esso è incapsulato. Dall'inizio del processo flogistico deve inoltre passare un certo periodo di latenza prima che la velocità di sedimentazione si acceleri: l'accelerazione però persiste poi più a lungo che le manifestazioni cliniche, essa costituisce allora un segno importante per la persistenza di un processo morboso e per la possibilità di recidive. Soprattutto nella poliartrite la persistenza di una accelerata sedimentazione dopo una apparente guarigione clinica deve indurre a molta cautela, e controindica in modo assoluto qualsiasi procedimento terapeutico intensivo come bagni, proteinoterapia, ecc. Tra le malattie infettive acute molte non alterano sensibilmente la composizione dei proteidi plasmatici: perciò nel tifo, nei paratifi, nelle brucellosi la velocità di sedimentazione resta normale e si accelera solo in caso di complicazioni (p. es. polmoniti).

Nelle malattie infettive croniche e soprattutto nella tubercolosi, interferiscono molteplici fattori dei quali alcuni accelerano, altri rallentano la velocità di sedimentazione: è compito del medico discriminare questi fattori e trarre poi le sue conclusioni diagnostiche o prognostiche. Valutata con le debite precauzioni, la reazione di sedimentazione è un eccellente indicatore del decorso della malattia. Fattori di interferenza da tenersi in considerazione sono la cianosi che nei suoi gradi più accentuati rallenta la sedimentazione fino ad allora accelerata. Prescindendo dai fattori disturbanti, l'accelerazione della sedimentazione è nella tubercolosi in rapporto con il carattere anatomico delle lesioni; le sue variazioni sono parallele al miglioramento o peggioramento del processo. Così un piccolo focolaio essudativo accelera la sedimentazione molto più che un focolaio più esteso ma cirrotico. È però da tenersi presente che infezioni miste aspecifiche possono accelerare la sedimentazione (da tale acceleramento non si deve quindi arguire un aggravamento della tubercolosi) e che un acceleramento viene provocato anche da complicazioni relativamente innocue quali un essudato pleurico. Per quanto riguarda la diagnosi precoce di tubercolosi, spesso una accelerazione della sedimentazione accompagna già l'infiltrato infraclavicolare e può quindi mettere in sospetto il medico ed indurlo a un esame radiologico: però in molti altri casi di tubercolosi iniziale simili, la sedimentazione delle emazie è normale, non è quindi mai lecito escludere una tubercolosi in base al solo esito di tale prova. Lo stesso si può dire per singoli casi di tubercolosi renale incipiente, mentre la tubercolosi dell'intestino si accompagna fin dal suo inizio ad una notevole accelerazione della sedimentazione. Il controllo della sedimentazione dà anche utili indizi sulla efficacia della terapia antitubercolare adottata nel singolo caso.

Tra le malattie del sangue, le anemie semplici rallentano la sedimentazione: una anemia ipocromica con sedimentazione accelerata non può essere solo post-emorragica ma deve dipendere da infezione, da tumore o simili.

Nella anemia perniciosa la sedimentazione è

accelerata: il suo rapido ritorno ai valori normali (talora già entro 24 ore) costituisce il segno più precoce e più sensibile della efficacia dell'opoterapia epatica. Nelle leucemie non esiste alcuna influenza del numero dei leucociti sulla velocità della sedimetazione. Una accelerata sedimentazione delle emazie può far distinguere una endocardite florida latente da un vizio valvolare guarito; come può far sospettare una mesoaortite luetica in casi di supposta arerioslerosi. Normale nella colelitiasi non complicata e nella colecistite anche subfebbrile, la velocità di sedimentazione aumenta nelle complicazioni e raggiunge sempre valori alti nella colangite. La sedimentazione è accelerata nella malattia di Weil. Una sedimentazione accelerata può essere il primo indizio della esistenza di un carcinoma: ma poichè questo fenomeno è in rapporto con i processi di sfacelo che avvengono nel tumore, con le condizioni di riassorbimento di tali prodotti e con i fenomeni flogistici reattivi dei tessuti vicini, una sedimentazione normale non deve mai fare escludere la esistenza di un tumore maligno. Tra le malattie dei reni le nefrosi provocano sempre una accelerazione della sedimentazione; l'azotemia sola è senza influenza. Accelerata nella ipertensione bianca, la sedimentazione è normale nella ipertensione rossa. Una persistenza di sedimentazione accelerata per settimane dopo l'apparente guarigione di una coli-pielite farà ritenere molto probabile una recidiva. Normale o quasi nelle affezioni croniche degenerative delle articolazioni (artrosi) la sedimentazione è accelerata nelle forme infiammatorie: nelle malattie articolari una sedimentazione accelerata deve, anche se il quadro ematologico e la temperatura sono normali, far pensare ad una infezione focale e indurre a ricercarla con tutti i mezzi. In questi casi una diminuzione della accelerazione iniziale nel corso di procedimenti terapeutici indica con particolare sensibilità che questi sono opportuni ed hanno probabilità di riuscita. P.

PATOLOGIA GENERALE.

L'ipotonia ed il metabolismo dei carboidrati.

(G. D. FISZEL. *Arch. malad. app. dig. et nutrition*, luglio 1939).

Si deve ad A. Ferrànnini (tanto per seguire una buona abitudine straniera, l'A. ne cita il nome sbagliato: Ferrarini; *N. del Red.*) il merito di avere per primo isolata e descritta una sindrome morbosa, in cui l'elemento fondamentale è costituito da un abbassamento notevole e permanente della pressione arteriosa; tale autore considerava questo stato come un disturbo idiopatico risultante dalla deficienza tonica del sistema vascolare e dei tessuti dell'organismo denominandolo come angio-ipotonia costituzionale ed attribuendone le cause a perturbazioni endocrine, in genere, ed all'ipofunzionamento surrenale, in particolare. Essa è stata studiata poi da altri, specialmente dai francesi (che le diedero il nome di ipotensione arteriosa permanente ad andamento idiopatico) e dai polacchi, che la considerarono come un sintoma secondario, dovuto in gran parte ad uno stato costituzionale primitivo, inerente a disturbi del sistema endocrino-neurovegetativo, che ha una parte importante nello stabilire e mantenere la tensione arteriosa.

Gli stati di ipotonia sono caratterizzati da una stancabilità fisica e psichica; un lieve lavoro fisico, un piccolo sforzo intellettuale esauriscono completamente il malato. La stanchezza si manifesta più presto nella posizione eretta che nella seduta. Frequenti sono le sensazioni penose della regione cardiaca: costrizione retrosternale, palpitazioni, sensazione di vuoto, inquietudine che va fino all'angoscia, dolori irradiantisi al braccio sinistro, ecc. La sensazione di fame è calmata da una piccola quantità di alimento specialmente di carboidrati; il malato presenta, quindi, delle crisi di fame ipoglicemica. Frequente è la sonnolenza postprandiale. Un senso di malessere generale, l'impossibilità di respirare profondamente, le vertigini e le cefalee, le sincopi, la criestesia degli arti, l'acrocianosi, le parestesie, la costipazione, le mestruazioni dolorose completano spesso tale sindrome.

Il tipo costituzionale più frequente è l'astenico con instabilità del sistema nervoso, con reazioni neuropatiche più o meno accentuate e con il tessuto connettivo nettamente ipotonico (elastopatia); il segno più caratteristico è l'abbassamento permanente della pressione arteriosa.

Tale sindrome, che si presenta specialmente in giovani, presenta notevoli analogie con lo « shock » ipoglicemico. Nei periodi precedenti l'ingestione dei pasti e specialmente a digiuno, durante o dopo delle emozioni psichiche, durante il decorso di perturbazioni del sistema nervoso, si vedono comparire dei sintomi che ricordano gli accidenti da ipoglicemia.

Vanno distinte dall'ipotonia primitiva costituzionale quelle forme secondarie, che si riscontrano durante e dopo le malattie gravi, specialmente le infezioni acute o croniche, le intossicazioni, le affezioni cardiovascolari, ecc. Tali stati sono l'espressione di veri disturbi organici, mentre le perturbazioni dell'ipotonia primitiva sono di origine funzionale. I sintomi dell'ipotonia secondaria, inoltre differiscono da quelli della costituzionale, per la minore intensità e l'irregolarità della loro comparsa.

Messosi su questa strada, l'A. ha studiato

negli ipotonici il metabolismo degli idrati di carbonio, mediante la prova dell'iperglicemia provocata e dà, nel suo lavoro, un'ampia relazione delle ricerche. Risulta da questo quanto segue:

1) Nell'*ipotonia costituzionale*, ben caratterizzata per i suoi sintomi principali, si hanno le seguenti caratteristiche: *a*) glicemia a digiuno generalmente bassa; *b*) apice della curva (nella prova di iperglicemia) di valore generalmente basso, che compare 3/4 d'ora dopo l'ingestione del glucosio (in qualche caso, si trovano però dei valori elevati); *c*) ritorno brusco della curva ai valori iniziali; *d*) abbassamento ipoglicemico nell'ultimo periodo della prova.

2) Nell'*ipotonia secondaria*, si ottiene una curva allungata, in cui: *a*) le glicemie medie oscillano sui 90 mg. %, avendosi però talora dei valori estremamente bassi; *b*) l'apice della curva compare alla metà della seconda ora e raggiunge la cifra media di 180 mg. %; *c*) dopo 3 ore, la curva non è ancora ritornata al livello iniziale e raggiunge valori sui 126 mg. %.

2) In altri casi di ipotonia, a caratteri mal definiti, le curve si avvicinano all'uno od all'altro tipo di quelli citati e, talora, sono del tutto normali.

I dati clinici e lo studio del metabolismo idrocarbonato inducono a ritenere che l'ipotonia primitiva è l'espressione di uno spostamento assoluto dei fattori neuro-ormonali verso l'aumento del tono del sistema vagale e l'iperfunzionamento delle ghiandole endocrine del gruppo insulinico (ormone pancreatotropo che stimola la secrezione insulinica, la pancreatostimolina; ormone gonadotropo e quello paratireotropo).

L'ipotonia secondaria sarebbe l'espressione dello spostamento dei fattori ormonali nello stesso senso (ipotonicità del sistema nervoso simpatico, ipofunzionamento delle ghiandole endocrine del gruppo adrenalinico) o l'espressione di perturbazioni epatiche; i due fattori genetici possono anche essere combinati.

Lo studio dell'A., sebbene particolareggiato e completo fatto su 40 individui, non può arrivare alla classificazione definitiva degli stati ipotonici, ma basandosi sul criterio del metabolismo dei carboidrati, indica una buona via da seguire per una migliore comprensione degli stati di ipotonia. *fil.*

TRAUMATOLOGIA.

Ferite articolari da sparo.

(G. MAGNUS. *Münch. med. Wochenschr.*, 27 ottobre 1939.

La cura delle ferite da sparo che hanno aperta una articolazione è diversa se la ferita è recente oppure è più antica. Nelle ferite recenti si seguirà il criterio di Friedreich, di escidere la ferita fino a che i germi non sono ancora penetrati in profondità. Il periodo di incubazione classico, durante il quale i germi rimangono ancora nei margini e sul fondo della ferita, è di 6-8 ore: spesso è però più lungo. In genere si potrà considerare una ferita « fresca » fino a 12 ore dopo il trauma.

In caso di apertura di una articolazione non è possibile però la escissione completa: l'interno della cavità articolare si deve considerare appartenente al fondo della ferita, una sterilizzazione operativa sarebbe quindi solo possibile estirpando, cosa inammissibile, la intera capsula. Nelle ferite articolari si consiglia perciò di associare alla sterilizzazione chirurgica, quella chimica, lavando l'articolazione con soluzioni antisettiche (di rivanolo, di fenolo, Dakin, ecc.). Una terapia conservativa verrà attuata solo in un piccolo numero di ferite articolari in cui il foro di entrata e di uscita del proiettile sono netti e possibilmente accollati in modo che non ne esca liquido articolare. In questi casi può bastare la immobilizzazione in apparecchio gessato. In tutti gli altri casi (fuoruscita di liquido sinoviale, cavità articolare aperta, permanenza del proiettile nella cavità, estremità ossee frantumate) si procede alla escissione della ferita, lavaggio articolare e susseguente sutura. La sutura si eseguirà in tutti i casi recenti: se la cavità articolare rimane aperta, la mobilità va quasi sicuramente perduta.

L'articolazione va poi immobilizzata in apparecchio gessato. In caso di distruzioni grossolane sarà necessaria la resezione. Il trattamento è del tutto diverso se sono passate più di 12 ore dal trauma, la lesione si deve allora considerare infetta. In casi di infezione già evidente si deve distinguere tra empiema articolare e flemmone della capsula. Nel primo caso la suppurazione è limitata alla parete articolare interna: poichè l'intima presenta una notevole resistenza, tale stato può durare anche a lungo. La cura consiste nello svuotamento del liquido mediante puntura e nel susseguente lavaggio della cavità: si introducono due cannule e si lava l'articolazione con grandi quantità di soluzione antisettica leggera. Si ripetono i lavaggi fino a che si suppone che persista ancora l'empiema. Se la infezione ha superato la barriera opposta dalla intima ed ha attaccato la capsula, i lavaggi non servono più. Si riconosce il flemmone capsulare dal peggiorare dello stato generale, dall'aumento dei dolori, dalla progressiva tumefazione diffusa dell'articolazione. Per lo più sono insufficienti anche le larghe incisioni con drenaggio dell'articolazione, si prenderanno allora in considerazione la resezione articolare e l'amputazione. In tutti i casi è necessaria la più completa immobilizzazione delle articolazioni lese. P.

DIVAGAZIONI

Un tumore nella storia.

Un tumore fatale fu quello di cui morì Federico III di Hohenzollern, re di Prussia e imperatore di Germania. I primi sintomi del male si accompagnarono a significative manifestazioni del dissidio anglo-teutonico e con la morte del sovrano la politica tedesca ebbe una svolta che ebbe conseguenze funeste sulla storia d'Europa.

Per molto tempo tra l'Inghilterra e gli Stati germanici non c'erano stati attriti. L'Inghilterra si era valsa dei soldati tedeschi per contrastare l'egemonia napoleonica ed a Waterloo non avrebbe vinto senza il tempestivo intervento di Blücher. Continuò poi a valersi della carta tedesca nel giuoco della politica antifrancese e nel 1870 consentì a Bismarck di abbattere il secondo impero e di costituire l'unità germanica che ai fini britannici doveva costituire un blocco capace di frenare ogni risorgente velleità egemonica continentale.

La storia smentì i calcoli della politica inglese. Domata la Spagna, spuntate le velleità della Francia, l'Inghilterra trovò nella Germania unita la terza potenza continentale che doveva tenere a bada. Con la morte di Federico III prendeva forme manifeste una lotta accanita di cui oggi si svolge il secondo terribile episodio.

Federico rappresenta l'ultimo sovrano tedesco che mantiene con la casa regnante d'Inghilterra rapporti di buon parentado. Federico aveva sposato una figlia della Regina Vittoria, nelle cui vene scorreva anche sangue tedesco, e del principe consorte che era un Coburgo Sassonia Gotha. Forse se egli avesse regnato a lungo non avrebbero preso il sopravvento le correnti antinglesi che ebbero il loro più vivace e deciso esponente nel figlio Guglielmo II.

È interessante comunque che la malattia di Federico dette luogo ad una schermaglia tra i medici curanti tedeschi ed un medico inglese che ebbe ripercussioni nel mondo politico svelando uno stato d'animo rimasto fino allora latente o sconosciuto. In questa occasione il torto fu certamente del medico inglese il quale sostenne il suo errore clinico con metodi offensivi per i colleghi tedeschi.

Nel gennaio 1887 Federico allora Kronprinz cominciò ad avvertire una raucedine che fu attribuita a laringite catarrale. Furono praticate varie cure che risultarono inefficaci. Infine essendosi notata sulla corda vocale sinistra una piccola escrescenza si praticarono elettrocauterizzazioni che non produssero alcun miglioramento.

La situazione diventava allarmante. I sette medici curanti tra i quali erano i migliori clinici tedeschi, come Bergmann e Gerhardt, cominciarono a pensare al cancro e suggerirono di curare l'affezione in conseguenza. La corte ne fu molto preoccupata e non trovò di meglio che interessare l'augusta parente d'Inghilterra, la regina Vittoria, perchè fosse invitato a visitare l'infermo il noto specialista di Londra il dottor Morell Mackenzie. Questi si affrettò a recarsi a Berlino dove fu ammesso con tutti gli onori alla presenza del Kronprinz infermo.

Egli aveva precedentemente avuto un colloquio con i sette medici curanti che gli fecero la storia del caso. Furono rispettate tutte le forme, osservate tutte le etichette ma l'incontro fra i rappresentanti della medicina tedesca e lo specialista inglese fu piuttosto uno scontro.

Il Mackenzie cominciò con lo stupirsi per il fatto che fino ad allora non era stato consultato nessun laringologo.

Dopo l'esame dell'infermo i medici curanti esposero il loro punto di vista: sostennero la diagnosi di cancro. Mackenzie dissentì vigorosamente: affermò che l'escrescenza non aveva nessuno dei caratteri del cancro e che l'opinione dei colleghi tedeschi riposava su basi insufficienti avendo essi trascurato i criteri più ovvî per giungere ad una diagnosi corretta. C'era abbastanza per urtare la suscettibilità dei tedeschi!

Il dottor Morell Mackenzie aggiunse che l'unico modo per risolvere la quistione era quello di procedere all'esame istologico dell'escrescenza e si prese l'incarico di farne la necessaria escissione. L'intervento fu rimandato in attesa dei ferri occorrenti: in tutta Berlino Mackenzie non trovò uno strumento che sodisfacesse. Si dovette ricorrere in Francia.

L'operazione fu eseguita il 21 maggio 1887. Dopo un primo tentativo infruttuoso Mackenzie escisse un piccolo frammento dell'escrescenza, contrariamente all'opinione dei medici tedeschi che ritenevano opportuna l'asportazione totale della lesione.

Il frammento asportato fu inviato a Virchow che non trovò cellule cancerigne. Ciò poteva fare inorgoglire Mackenzie, ma purtroppo le condizioni dell'infermo andavano tutt'altro che migliorando e le cose si complicarono in modo da rendere più aspro il contrasto tra i ponderati medici tedeschi e l'avventato specialista inglese.

Il giorno seguente l'operazione Federico aveva perduto completamente la voce. Il 23 maggio Mackenzie ritentò l'intervento ma non riuscì ad asportare nulla. Subito dopo Gerhardt ripetette l'esame laringoscopico e constatò che la corda vocale destra era stata ferita. Comunicò con raccapriccio il fatto al collega inglese, il quale naturalmente la negò e s'impermalì ancora più.

Due giorni dopo Bergmann e Told ripetettero l'esame e confermarono il reperto di Gerhardt il quale intanto notò sulla ferita

un'altra escrescenza ed espresse il sospetto che fosse anch'essa di natura cancerigna. Mackenzie affermò che tanto la ferita quanto l'escrescenza erano parti di fantasia maligna. Ne seguì una disputa che per poco non degenerò in rissa.

Un nuovo esame microscopico praticato nel giugno 1887 dallo stesso Virchow faceva escludere il cancro. Ma i clinici tedeschi insistevano nella loro diagnosi. Ed avevano ragione. Il 28 giugno si praticò un nuovo intervento ed il tumore fu asportato per intero, ed al suo posto se ne sviluppò ben presto un altro, che Mackenzie sottopose ad elettrocoagulazione, ossia alla stessa cura precedentemente deprecata.

Intanto il Kronprinz si recava a Dobbiacco e poi a San Remo nella lusinga di essere sbarazzato dal sole da quell'incomodo alla gola, per il quale i medici lo avevano tanto tormentato. Era continuamente assistito da Hovell, assistente di Mackenzie costretto dalle occupazioni professionali a ritornare a Londra. Le condizioni della gola dell'augusto infermo peggiorarono sempre più e Mackenzie fu invitato a ritornare di tutta urgenza. Giunse a San Remo il 5 novembre e potette constatare il terribile progresso del male. Senza scomporsi annunziò al Kronprinz che un cambiamento molto sfavorevole si era prodotto alla sua gola. « È dunque un cancro? » domandò l'infermo. « Sono dolente dovervi dire, Sire, che ne ha tutto l'aspetto » fu la risposta.

Battuto sul terreno diagnostico lo specialista inglese non desiste dalla sua lotta fatta di dispetti e di denigrazioni. Insinua che il cancro è stato provocato dai medici tedeschi con le ripetute cauterizzazioni.

Quando si trattò di asportare il cancro oramai tanto voluminoso da disturbare anche la respirazione e la deglutizione le dispute si fanno più acri e pettegole anche alla presenza di estranei e senza alcun riguardo per il paziente. Mackenzie definisce antiquati gli strumenti adoperati da Bergmann. Questi va via indignato e a sua volta, insieme a Schrader, rivela che Mackenzie e i suoi assistenti non curano affatto l'antisepsi. Mackenzie ribatte che gli « antisettici hanno poca importanza dopo una tracheotomia perchè la ferita della gola è comunque aperta all'aria della stanza », e che « Bergmann che tiene tanto alla nettezza degli strumenti non cura sempre abbastanza la sua pulizia personale ». Accusa inoltre Bergmann di avere male introdotto la cannula nella trachea provocando conseguenze disastrose, definisce la sua tecnica « una serie di pazze coltellate » e aggiunge che il clinico tedesco « non era, quel giorno, in condizione di rendersi chiaramente conto delle cose ». Intanto annunzia all'augusto malato che non continuerà ad assisterlo se Bergmann gli toccherà ancora la gola.

Tutto questo pettegolume è rivelato da Mackenzie sul *British Medical Journal* e sul *Lancet*. La stampa politica divulga lo scandalo. Si rese necessario fare uno speciale comunicato da San Remo, nel quale si negavano le divergenze, si smentiva la pericolosità del male, si consigliava la calma. Ma il comunicato non tranquillizzò nessuno, tanto più che i medici contendenti si abbandonarono ad una polemica ancora più aspra e volgare su i giornali, sulle riviste e con opuscoli.

Intanto l'infermo si riduceva in condizioni pietose; non poteva più parlare, respirava attraverso una cannula metallica e si nutriva scarsamente solo con liquidi. In queste condizioni il 9 marzo 1888, morto il vecchio imperatore Guglielmo I, assumeva il trono. E con magnanima generosità testimoniò la sua gratitudine alla medicina tedesca ed inglese nominando Krause professore dell'Università di Berlino e conferendo a Mackenzie un'alta onorificenza.

Circa tre mesi dopo, il 5 giugno 1888, Federico III moriva. La sua morte non quietò i rancori e le polemiche che presero una tinta politica. Si parlò di complotti dinastici e si insinuò che la Regina Vittoria proteggesse un ciarlatano delinquente.

Prese così forma concreta in larghi strati della Germania l'anglofobia. Se ne fece campione il nuovo imperatore Guglielmo II, figlio del morto Federico e della figlia della Regina Vittoria d'Inghilterra. Dilettante ed esteta della politica sognò di eguagliare ed abbattere la potenza britannica. Per fare ciò non erano più sufficienti un esercito potentissimo, occorreva una marina altrentanto forte. Era forse il sangue inglese, che egli odiava confusamente, che lo indusse a quelle intemperanze di linguaggio, a quelle vanterie, a quelle minaccie che cominciavano a trovare sostegno in una flotta che si faceva sempre più poderosa. L'Inghilterra gelosa della sua egemonia navale ne fu inquieta e concluse quegli accordi che condussero irrimediabilmente alla guerra del 1914.

Il cancro che uccise Federico III forse decise il destino dell'Europa. *argo.*

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

PÁMPARI DINO. *La ventricolografia e l'encefalografia (Note di tecnica chirurgica)*. Licinio Cappelli, editore, 1938-XVI. Pag. 62.

In una nota l'A. fa rilevare, con lodevole intendimento, che il primo tentativo di applicare l'esame radiologico per la diagnosi dei tumori cerebrali è dovuto agli italiani Obici e Bollici (1897), e che un fondamentale contributo fu dato a questo mezzo di ricerca, pur se ad effetti molto limitati, dalla scuola italiana specialmente per opera del Busi e del Bertolotti. Ma il mezzo sarebbe rimasto come sussidio diagnostico di ben scarso valore se il Dandy nel 1918 non avesse creata la ventricolografia e quindi, insieme al Bingel e al Videroe, non avesse costituita e indicata la tecnica della encefalografia. Di questo argomento pochi sono i medici che non ne siano più o meno consapevoli, ma nella grande maggioranza lo intendono come una virtuosità da grande chirurgo e ne paventano le possibili conseguenze, per cui timorosi sono nel consigliarla.

Il Pámpari della Clinica chirurgica di Bologna con il suo lavoro monografico si è proposto di colmare una lacuna, di corrispondere a una necessità largamente sentita, raccogliendo, analizzando, precisando quanto si riferisce alla tecnica chirurgica dell'una e dell'altra ricerca, che sole ci permettono, con il contributo della clinica, o meglio con la sua direttiva di fissare la diagnosi di sede delle affezioni endocraniche e dei tumori particolarmente. E perchè l'operatore conosca bene il terreno del suo lavoro, precedono l'argomento fondamentale dei brevi ma sufficienti cenni anatomici sui ventricoli encefalici e sugli spazi sottoaracnoidei, è sul modo come il *liquor* si produce e circola.

Tanto per la tecnica della ventricolografia — pneumoventricolografia, ventricolografia con il lipiodol, ecc. — quanto per quella della encefalografia sono descritti i vari metodi, analizzate le loro qualità, fissate le preferenze, guidata la mano dell'operatore con indicazioni esatte e chiare, e con numerse illustrazioni, riprodotte e originali, che ne costituiscono la precisazione visiva, tangibile.

A procurare poi un maggior senso di tranquillità in chi consiglia l'intervento e in chi si accinge ad eseguirlo l'A. espone le indicazioni e controindicazioni, gli incidenti e i pericoli tanto della ventricolografia che dell'encefalografia, pericoli che, dopo le imponenti statistiche del Cushing, sono di molto ridotti, qualora sopratutto segua l'atto chirurgico immediatamente a quello radiografico.

È un lavoro breve ma completo, semplice nello stile come nell'intenzione, corredato di una ricca bibliografia e che ha ottenuto del tutto il suo scopo, quello di essere praticamente utile.

G. MÒGLIE.

R. RUGGERI. *L'encefalografia nella infanzia*. Cappelli editore, 1939. Collezione medica di attualità scientifica. L. 25.

L'importanza della encefalografia — come fa rilevare nella sua prefazione il prof. Nasso — come mezzo diagnostico nello studio delle più varie encefalopatie non poteva lasciare indifferenti i pediatri. L'A. utilizzando il vasto materiale dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Milano (reparto di psichiatria infantile) presenta questa monografia e dopo avere passato brevemente in rassegna le indicazioni e le controindicazioni e la tecnica del metodo encefalografico stabilisce il quadro dell'encefalogramma normale.

Reperti interessanti — e qualcuno del tutto nuovo — l'A. ha riscontrato in molte malattie attinenti alla neuropsichiatria infantile: idrocefalo, epilessia, encefalite, traumi cranici, corea, malattia di Wilson, atetosi, mongolismo, dementia infantile, schizofrenia, ecc. Nella epilessia ad es. il grande capitolo delle epilessie essenziali si è notevolmente assottigliato e l'encefalografia dà dei risultati importanti non solo per stabilire la lesione ma anche per consigliare l'intervento nei casi ove non ci siano controindicazioni.

E. MILANI.

E. ZDANSKY. *Roentgendiagnostik des Herzens und der grossen gefässe*. Springer editore, 1939, marchi 63.

L'A. (dell'Ospedale di Vienna di cui dirige il reparto radiologico) ha fatto il suo tirocinio con Wenckebach ed Eppinger e Kienboeck: il suo libro (che si aggiunge ai parecchi, usciti in questo anno sul cuore) tratta alcuni punti fin qui poco inclusi nei classici libri di radiologia cardiaca: tutta la patologia delle coronarie, tutta la patologia degli aneurismi del cuore, dei tumori del cuore, tutti i rapporti che passano tra modificazioni cardiache e alterazioni del piccolo circolo, trovano nel libro di Z. largo posto.

Le calcificazioni valvolari e le calcificazioni dello scheletro cardiaco rappresentano un altro punto interessante e d'altra parte tutta la parte funzionale — molte volte trascurata — ha nel libro di Z. largo posto.

Pur avendo nell'insieme l'impostazione di altri trattati tuttavia il libro dell'A. si raccomanda per la messa a punto di alcune questioni e per il perfetto ingranamento della parte clinica con la radiologica e per il modo semplice della esposizione. E. MILANI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La questione della commozione cardiaca.

La commozione cardiaca (Loss, *XXIX Congresso degli internisti della Germania Nord-occiden. e Z. Blatt f. inn. Med.*, 18 novembre 1939) con l'aumentato traffico automobilistico, si è fatta non rara, ma viene però raramente diagnosticata. Per lo più, si tratta di un infortunio in cui non vi è soltanto un trauma toracico da corpo ottuso, ma anche una lesione chirurgica. Per questo, la commozione cardiaca passa per lo più inosservata e si pensa raramente ad essa. I dolori cardiaci vengono spesso etichettati come « neurastenia » negli individui che agognano ad un indennizzo.

L'A. riporta tre casi. Nel 1° infortunio automobilistico, con emotorace e frattura di costole a sinistra. Considerato come neurastenico durante il lungo periodo del trattamento chirurgico. Dapprima sano di cuore, in seguito accessi stenocardici. L'elettrocardiogramma mostra segni di lesione miocardica; anche dopo un anno e mezzo dall'infortunio, nodosità alle oscillazioni iniziali. Nella perizia, si è ammesso il rapporto fra il trauma e la lesione miocardica.

Nel 2° caso, si trattava di un oste che già aveva lesioni miocardiche e che, in un infortunio automobilistico, ebbe schiacciamento del torace. Si manifestò subito un quadro grave: dolori cardiaci, senso di oppressione, dispnea, tosse, inquietudine motoria, febbre, leucocitosi. Cuore dilatato, soffio sistolico e sfregamento pericardico; l'elettrocardiogramma dimostra un infarto della parete anteriore. Dopo 17 giorni, il cuore si è rimpicciolito e l'E. C. G. migliorato. Come nel caso precedente, la commozione cardiaca ha potuto produrre infarti anemici per disturbi funzionali della circolazione. La commozione può produrre anche dilatazione cardiaca, come nel caso presente.

Il 3° caso è interessante dal punto di vista del diritto assicurativo. Un trauma ottuso alla parete toracica provoca in un individuo, dapprima sano e in piena capacità lavorativa, frattura della VII-X costa. Il chirurgo non pensa a possibilità di lesioni cardiache, sebbene il paziente si lamenti disturbi cardiaci. Dopo un anno e mezzo, il paziente è invalido per degenerazione del miocardio e muore per fatti cardiaci dopo 2 anni e 3/4 dall'infortunio. Non si fa autopsia.

La Società di assicurazione pone il quesito se la morte sia avvenuta come conseguenza dell'infortunio. Risulta che un anno dopo questo, il paziente presentava insufficienza miocardica con lievi edemi; l'E. C. G. dimostrava insufficienza coronarica; si ammise, pertanto, il rapporto con l'infortunio.

Queste osservazioni dimostrano l'utilità di praticare un E. C. G. al più presto dopo l'incidente e di tener presente la possibilità della commozione cardiaca. *fil.*

La tiroidectomia totale nei cardiopazienti.

A. Sebastiani (*Cuore e Circolazione*, giugno 1939) riporta una statistica personale di 16 casi di cardiopatie (in senso lato) in cui ha consigliato la tiroidectomia totale e mette in confronto i risultati ottenuti con quelli riferiti nella letteratura mondiale.

Risulta, in complesso, che *negli scompensati*, l'operazione è di scarso effetto e va limitata a quei casi con periodi di scompenso che si ripetono, ma che rapidamente si rimettono col riposo e le cure mediche. Sarà opportuno non operare i pazienti con cuore grande, tempo di circolazione prolungato ed edemi continui o quasi. *Negli anginosi*, il risultato è migliore, talora impressionante, ma sembra non duraturo. Tuttavia l'intervento è consigliabile nei casi di angina pura non complicati da scompenso cardiaco e quando il ripetersi degli accessi rende la vita impossibile per le continue sofferenze. È forse da tener presente l'indicazione nella *tachicardia parossistica*, ad accessi subentranti, prolungati e talora minacciosi per la vita.

Complicazioni o pericoli operatori sono assai scarsi o del tutto mancanti. Nell'esperienza dell'A. scarsi o mancanti — fatto curioso — gli effetti dannosi della mancanza della tiroide. Questo nuovo ed ardito metodo terapeutico ha, quindi, delle indicazioni limitate, ma non è da escludersi. *fil.*

Riflessioni cliniche e terapeutiche nelle pericarditi acute (secondo 23 osservazioni personali).

L. Langeron (*Journ. des sciences médic. de Lille*, 15 ottobre 1939) ha veduto 23 casi di pericardite acuta. In 6 casi la causa era il reumatismo, che diede 3 morti e 3 guariti. Nel reumatismo i casi più interessanti sono quelli in cui la pericardite è l'accidente iniziale anche prima dei fenomeni articolari e qualche volta anche in assenza di essi. In questi casi bisogna fare la prova della cura salicilica.

La tubercolosi, nei casi dell'A. era in causa 5 volte con cinque morti. Per lo più sono concomitanti altre manifestazioni tubercolari.

Quattro casi erano stati prodotti da pneumopatie (con 4 morti) e 3 casi con 3 morti da morbo di Bright. Due volte (con 2 morti) c'era un cuore grosso aritmico. In un caso c'era polisierosite di natura che non si è potuta determinare, in uno cancro mediastinico e in uno pericardite emorragica.

Dopo aver accennato all'anatomia patologica, l'A. si dilunga sulla semeiotica. Ci sono dei segni funzionali generali molto variabili (dolore, malessere, temperatura, dispnea, cianosi, la disfagia, il singhiozzo) e segni di insufficienza cardiaca e circolatoria.

I sintomi fisici sono lo sfregamento, i segni di versamento e i segni di sinfisi.

Radiologicamente si ha aumento dell'ombra cardiaca, di forma triangolare. L'assenza di pulsazione è segno infido. Incostante è la sindrome di Pins (segni di versamento della base sin con puntura negativa).

Un dato importante e decisivo si ha dalla puntura esplorativa. La diagnosi è a volte difficilissima.

La prognosi è grave: l'A. ha avuto 4 sole guarigioni su 23 casi.

Per la cura si deve tonificare il cuore, si deve fare la revulsione precordiale (con ghiaccio, con senapismi). Inoltre si adopreranno analgesici e antiinfettivi (sali d'oro, vaccini, ecc.).

Nelle forme reumatiche si adopera la medicazione salicilica.

La puntura del pericardio può essere utile a scopo diagnostico, a scopo veramente terapeutico può essere utile il pneumopericardio, ma esso non garantisce dalla formazione di aderenze.

La radioterapia fu tentata, ma ancora non si possono enunciare in modo sicuro i risultati.

Indicazioni alla pericardiotomia sono le pericarditi suppurate, i versamenti sierosi o emorragici per i quali la puntura è stata insufficiente. In questi ultimi casi basta vuotare e poi chiudere la ferita.

Contro le sinfisi pericardiche si fanno interventi più o meno complessi: toracectomie parziali precordiali (Braeur), liberazione di aderenze intrapericardiche, resezioni del pericardio. Per operare bisogna che la malattia sia stabilizzata, cicatriziale, non evolutiva e che il cuore sia in abbastanza buono stato e l'organismo sia sufficientemente resistente.

L.

NOTE DI TECNICA CHIRURGICA

Sulle narcosi endovenose.

W. Kirchener (*Med. Klin.*, 25 agosto 1939) osserva che, mentre i primi farmaci usati per ottenere una narcosi per mezzo di iniezione endovenosa avevano una azione prolungata a causa del loro contenuto in bromo (pernocton, avertina) recentemente si è ricorso ai preparati barbiturici la cui azione è più transitoria in seguito alla loro rapida scissione. L'iniezione endovenosa di avertina dà dopo 40-60 secondi uno stato di incoscienza, senza precedente eccitazione; questo stato, durante il quale i riflessi periferici restano conservati, si mantiene per 5-10 minuti. Per interventi più lunghi si può aggiungere la narcosi con etere o cloroformio. Continuando a infondere avertina ogni 1-2 minuti si può anche ottenere una narcosi avertinica protratta in cui si sono eseguiti interventi fino alla durata di 15 minuti, soprattutto ginecologici. L'avertina non provoca il vomito, si può quindi fare a meno del digiuno. Uno svantaggio considerevole del metodo è la comparsa di trombosi venose al punto dell'iniezione: possono aversi anche trombosi a distanza e quindi pericolo di morte per embolia. Poichè il trombo locale si può infettare per via ematogena, la narcosi avertinica è controindicata nelle affezioni settiche (aborti febbrili). In ostetricia vi è il serio pericolo di una azione perniciosa del farmaco sul feto. Ad ogni modo l'avertina sarà usata solo in casi in cui i reni e il fegato sono sani. Preferibile alla avertina è il pernocton: esso determina un sonno prolungato che si dilegua poi gradatamente. Molto più transitoria è l'azione ipnotica dei derivati barbiturici evipan e eunarcon: con quest'ultimo il risveglio è immediato, mentre usando l'evipan, passata l'azione narcotica segue un sonno post-operativo che dura alcune ore.

Di fronte ai narcotici per inalazione, quelli endovenosi hanno il grave inconveniente della non regolabilità della dose: si può bensì stabilire la dose da iniettare, ma una volta fatta l'iniezione non è più possibile in alcun modo diminuire, a seconda della tolleranza e dei sintomi, la quantità di narcotico introdotta. La dose usata è irreparabile, mentre per i narcotici inalatori si può ad ogni momento sospendere la ulteriore somministrazione. P.

MEDICINA SOCIALE.

Applicazioni della biotipologia.

Nel n. 7-12 de *L'attualità Medica* una relazione del prof. sen. N. Pende illustra la cartella biotipologica-ortogenetica individuale, come mezzo di accertamento sanitario e di ortogenesi della stirpe. La biotipologia, oltre lo studio, nei singoli individui, della costituzione, del temperamento, del carattere e delle diatesi morbose, abbraccia quello della tutela igienica e medica della crescenza fisico-psichica a scopo di normalizzazione, costituendo la base della politica biologica. Gli accertamenti necessari per tale studio possono esser fatti colla istituzione della suddetta cartella individuale, che troverà applicazione nei seguenti settori: settore dell'Opera Nazionale della Maternità e Infanzia; settore della Gioventù del Littorio; settore pedagogico o scolastico; settore della prevenzione dell'invalidità e degl'infortuni da lavoro; settore premilitare e militare. Il Centro scientifico e pratico di studi biotipologici e di attuazione ortogenetiche e medico-preventive, che sorgerà in Roma: creerà un organo direttivo e di con-

trollo e preparerà le maestranze della grande opera di ortogenesi della stirpe.

Dello stesso argomento tratta (*ibidem*) un articolo di A. Filippini, che definisce ed illustra la concezione della *piramide biotipologica* di Pende, rappresentante la personalità, costruita sulla base dei caratteri ereditari, nei suoi 4 aspetti: morfologico, umorale-funzionale, morale e intellettivo. Viene messa in evidenza l'importanza della dottrina di Pende nel campo della patologia e della clinica medica, dell'igiene individuale e della medicina preventiva ed in quello sociale; specialmente in rapporto al lavoro, con la selezione psicotecnica, ed alla scuola, con l'orientamento professionale, ed anche allo sport. Il libretto personale biotipologico sanitario del cittadino permette l'applicazione pratica della biotipologia, contenendo, per ogni individuo, le notizie anamnestico-ereditarie, i resultati degli esami da praticarsi alle diverse età, quelli delle ricerche sulle inclinazioni e sulla resistenza al lavoro, i dati relativi al tipo morfologico, alle disposizioni morbose, al tipo d'intelligenza e alle attitudini manuali e intellettive. La raccolta di tutti questi elementi conferisce allo studio biotipologico individuale la massima importanza sociale, in quanto renderà possibile l'utilizzazione dei singoli cittadini ai fini del miglior rendimento nazionale. L'A. conclude che la concezione del Pende, già apprezzata e imitata anche all'estero, promette di divenire una grande opera di bonifica umana e sociale, che s'inquadra perfettamente nella politica biologica e sanitaria del Regime.

M. P.

MEDICINA SCIENTIFICA

Rosso congo: tossicità e azioni sistemiche.

L'importanza crescente del rosso congo come diagnostico e curativo fa nascere il desiderio di conoscere le azioni generali e la tossicità di questa sostanza. Di questo argomento si sono occupati A. P. Richardson e J. R. Hildon (*The Americ. Journ. of The Med. Sciences*, luglio 1939).

Saggiarono la tossicità su 249 animali (piccioni, conigli, ratti e gatti). Subito dopo una iniezione in dose mortale, gli animali diventavano depressi e si muovevano nella gabbia solo se stimolati e in 1-24 ore la depressione si trasformava in coma e si aveva la morte. Il respiro si manteneva inalterato fino a poco prima della morte, quando si avevano iperpnea periodica e apnea. All'autopsia il sangue risultò non coagulato nè si coagulava anche dopo varie ore, il cuore era dilatato, i polmoni congesti. Istologicamente: dilatazione dei capillari, delle arteriole e delle venule, iperemia dei reni e dei polmoni. Le dosi più alte tollerate sono state di 100 mg. per chilo di peso per i piccioni, di 140 per i ratti, di 200 per i conigli, di 100 per i gatti. Le dosi che davano il 50 % di mortalità erano rispettivamente 150, 190, 250 e 125. Queste dosi erano dal 25 al 90 % superiori delle dosi tollerate dagli stessi animali.

La differenza di tolleranza dei vari animali rende impossibile il dire quale è la tolleranza massima dell'uomo. La dose più alta usata in clinica è stata di 150 mg., cioè mg. 2,5 per chilo in un adulto di 60 Kg. Questa dose è 1/40 della dose massima sollevata nei piccioni e nei gatti, che sono le specie più suscettibili. Quindi il margine di sicurezza nell'uso del rosso congo è molto ampio.

La tossicità è maggiore nelle soluzioni saline che in quelle al destrosio.

Le iniezioni endovenose ripetute anche varie volte nella giornata hanno dimostrato che la tolleranza supera ampiamente le cifre suindicate. La causa di morte studiata in 10 conigli e 13 gatti è stata il collasso circolatorio.

Il cuore di animali sottoposto a perfusione è stimolato dal rosso congo, il quale stimola anche i muscoli lisci della vescica dell'utero, dell'intestino.

L.

VARIA

L'enclitofilia.

Fra le tante... filie, più o meno patologiche, i medici legali ci ammanniscono ora l'enclitofilia, che è l'amore per il (o la) criminale. All'analisi di questo sentimento, si rileva che non si tratta mai di un amore-passione e nemmeno di un sentimento di pietà e carità umana, animato da un desiderio di redimere un'anima perduta, ma di tutt'altro movente. E in gioco anzitutto la vanità. Questa propensione, più che amore, non si esplica, di fatto, per i delinquenti oscuri e banali, ma per quelli che destano la viva curiosità del pubblico. Attualmente, in Italia, per un elevato spirito di profilassi morale, la stampa non si occupa di delitti sensazionali; ma all'estero, dove si pubblicano dei resoconti ed interviste per ogni delitto che esce dal comune, si attira anche così l'attenzione sulla figura del (o della) delinquente a cui arrivano spesso fasci di lettere e di ardenti dichiarazioni. Alla vanità, si aggiunge una sorta di masochismo o, per lo meno, un desiderio mal celato di questo. Tali, i momenti che secondo E. Lucard sono alla base di questo sentimento a cui bisogna aggiungere, a mio modo di vedere, l'attrazione che sempre esercita l'abisso materiale o morale in gente annoiata ed in cerca di nuove sensazioni, nonchè una certa latente ed inconfessata comunanza di tendenze col criminale, per cui questi individui che si sentono così attratti verso il delinquente dell'altro sesso sono un poco dei criminali « allo stato potenziale », non diversamente da molti di quelli che frequentavano appassionatamente i dibattiti di Corte d'Assise.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. Prefetture

Condotte mediche:

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Agrigento, 8 condotte di cui 1 nel capol.; scad. 30 aprile;
Bari, 12 condotte; scad. 30 apr.;
Bergamo, 18 condotte di cui 2 nel capol.; scad. 31 maggio, ore 18;
Catania, 4 condotte, scad. 15 apr.;
Chieti, 9 condotte; scad. 31 marzo;
Como, 16 condotte; scad. 30 apr.;
Forlì, 4 condotte di cui 1 nel capol.; 31 marzo;
Frosinone, 17 condotte; scad. 31 marzo, ore 18;
Genova, 7 condotte, di cui 1 nel capol.; scad. 30 marzo;
Imperia, 3 condotte, scad. 30 apr.;
Lecce, 10 condotte; scad. 2 apr.;
Livorno, 2 condotte; scad. 30 apr.
Udine, 10 condotte; scad. 30 aprile, ore 18;
Vicenza, 15 condotte; scad. 31 marzo.

Uffici di Sanità e Igiene:

Bari, uffic. sanitario a Molfetta; scad. 20 apr., ore 18;
Genova, due medici igienisti; scad. 30 marzo.

Laboratori provinciali d'igiene e profilassi:

Agrigento, assistente Sez. med.-micr.; scad. 31 marzo;
Ragusa, assistente Sez. med.-micr.; scad. 31 maggio;
Rovigo, direttore Sez. med.-micr.; scad. 25 febbraio, ore 18;
Rovigo, assistente Sez. med.-micr.; scad. 30 marzo, ore 12,
Rieti, assistente Sez. med.-micr.; scad. 30 apr.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

Ospedali

Le scadenze di tutti i concorsi ospedalieri sono prorogate al 31 marzo.

Concorsi a premi.

Premio « Prof. Massimo Piccinini » per la Medicina Coloniale

Presso la R. Università degli studi di Roma è aperto un concorso al Premio istituito dal gr. uff. prof. Prassitele Piccinini di Milano per onorare la memoria del defunto suo padre prof. Massimo in occasione della fondazione dell'Impero.

Il Premio a concorso è di L. 4750 nette, e sarà conferito a un medico italiano, laureato in qualunque Università del Regno, che presenti il miglior lavoro su argomento di medicina coloniale; lavoro, il quale potrà consistere anche nella dissertazione discussa all'esame di laurea. Sono esclusi gli appartenenti alla razza ebraica e i non iscritti al P.N.F. o al G.U.F.

Le domande di concorso, redatte su carta legale e indirizzate al Rettore della R. Università di Roma, dovranno essere presentate in dicembre p. v. e non più tardi della fine del mese stesso, all'ufficio Fondazioni e premi. Esse dovranno essere corredate dei documenti. Chiedere copia dell'avviso di concorso all'Università.

Premio Riberi

La Reale Accademia di Medicina di Torino apre il Concorso al XVI premio Riberi di L. 20.000 (meno la tassa di manomorta):

a) Possono concorrere i lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere pervenuti a quest'Accademia entro i termini stabiliti al comma *d*) e tali che segnino un importante progresso nel ramo dello scibile cui si riferiscono.

b) Sono ammessi i lavori stampati, scritti a macchina in lingua italiana, latina, francese, inglese e tedesca; se i lavori sono stampati, questi devono essere editi dopo il 1934.

c) I lavori saranno inviati in piego raccomandato in doppio esemplare all'Accademia della quale rimarranno proprietà. Qualora l'Accademia aggiudichi il premio ad un lavoro scritto, questo dovrà essere stampato dall'autore prima che scadano i due anni dal conferimento del premio: l'ammontare di questo sarà consegnato solo dopo l'invio all'Accademia di un doppio esemplare del lavoro stampato.

d) Sono accettati per il Concorso i lavori che risultino spediti all'Accademia non oltre il 31 dicembre 1941. In ogni caso scorsi due mesi da questo termine, il Concorso s'intende chiuso, ed i lavori giunti dopo, anche se spediti in tempo utile, non saranno presi in considerazione.

e) Gli autori nella lettera di invio, accenneranno alle parti o agli argomenti più importanti dei loro scritti ed opere che stimano dovere maggiormente fissare l'attenzione dell'Accademia giudicante.

Premio « Astenore Pizzi »

Il rag. Ermanno Pizzi di Bologna ha donato al rettore magnifico di quell'Ateneo la somma di L. 40.000 per l'istituzione di un premio di studio, da intitolare al compianto figliolo Astenore, già laureato in medicina e chirurgia in quella Facoltà; premio da assegnare annualmente ad un laureato nella stessa Facoltà.

Premio « Antonio Bargnoni »

L'odontoiatra gr. uff. Osvaldo Bargnoni ha offerto alla Sezione di Firenze dell'Associazione nazionale fascista stomato-odontoiatrica, in memoria del proprio fratello Antonio, un premio di lire 2.000 da assegnare al miglior lavoro scientifico sulla piorrea alveolare condotto nella Regia scuola di specializzazione in odontoiatria e protesi dentaria di Firenze.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il premio « Ettore Marchiafava », messo a concorso dalla R. Università di Roma il 28 ottobre 1938, per un lavoro di anatomia patologica o di patologia generale, è stato dalla Commissione giudicatrice, composta dei proff. sen. Pende, sen. Perez, Vernoni, Sotti e Amantea, assegnato al prof. Mario Monacelli, direttore della Clinica Dermosifilopatica dell'Università di Messina e al prof.

Giulio Raffaele dell'Università di Roma. Rallegramenti ai due insigni studiosi.

Il Principe reggente Paolo di Jugoslavia ha nominato presidente della Croce Rossa serbo-croato-slovena la Principessa Olga e vice-presidente il prof. Ivan Giaja, titolare di fisiologia nella Facoltà delle scienze dell'Università di Belgrado.

Il direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi, dott. Louis Martin, che nel 1939 è stato vice-presidente dell'Accademia di Medicina di Parigi, per il 1940 è subentrato, di diritto, al generale medico Sieur nella presidenza. Alla vice-presidenza è stato eletto il prof. Pierre Duval, titolare della cattedra di clinica terapeutica chirurgica nella Facoltà di Medicina, il quale nel 1941 passerà presidente di diritto.

Il dott. Wallauer è nominato direttore della sezione di sanità pubblica, benessere popolare, educazione fisica e veterinaria del territorio polacco occupato dalla Germania; il dott. Bunz lo è per la Posnania; il dott. Grossmann per Danzica e la Prussia occidentale; il dott. Huchzermayer per la zona di Warta.

La dott.ssa Agnes Bluhm, di Berlino, nota studiosa della biologia della razza, in occasione del suo 79° compleanno ha ricevuto la medaglia Goethe per l'arte e la scienza.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Una Nuova Cattedra di Tisiologia

Il Ministero dell'Educazione Nazionale, con recente decreto legge, ha istituito presso la R. Università di Napoli, a datare dal 29 ottobre 1939-XVIII, una nuova cattedra di Tisiologia, la seconda che viene creata in Italia dopo quella di Roma che — come è noto — è stata fondata nel 1928 per opera di una generosa oblazione degli Industriali Italiani, e che ha sede nel grande Istituto C. Forlanini di Roma.

Il nuovo posto di ruolo è stato creato in seguito alla donazione del prof. G. B. Nicola di una cospicua somma destinata a questo scopo, e in base ad una convenzione intervenuta tra l'Università di Napoli e l'I. N. F. di Previdenza Sociale, per cui vengono messi a disposizione dell'insegnamento clinico di Tisiologia 2 reparti clinici, il personale ed il materiale clinico e di laboratorio del grandioso Istituto Sanatoriale « Principi di Piemonte », dove hanno libero accesso gli studenti ed i medici desiderosi di perfezionarsi in tale branca scientifica.

L'avvenimento va particolarmente segnalato perchè, mentre consacra una volta di più l'importanza e l'individualità clinica della Tisiologia, segna una nuova tappa del progressivo cammino ascensionale dell'Ateneo napoletano, dove vengono aperti un nuovo focolare di studi e di ricerche ed un nuovo campo di applicazione pratica per gli studenti e per i giovani medici, ansiosi di apprendere i moderni metodi di diagnosi e terapia della tubercolosi, in tutte le sue manifestazioni e localizzazioni organiche.

Un plauso particolare va poi tributato al generoso oblatore e all'I.N.F. di Previdenza Sociale, che hanno dato il buon esempio di saper favorire e potenziare lo sviluppo scientifico e le altre finalità sociali della medicina italiana.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

La 64ª riunione della « Società tedesca per la chirurgia » si terrà dal 27 al 30 marzo, nella Casa Langenbeck-Virchow di Berlino, sotto la presidenza del prof. H. von Haberen di Colonia. Verranno esaminati i seguenti argomenti: Carcinoma dell'intestino crasso; La chirurgia dell'elettrotrauma; Indicazioni all'apertura dell'articolazione del ginocchio; Trattamento conservativo e operativo della calcolosi ureterale; Pratica della chirurgia di guerra; Trattamento delle fratture vertebrali alla Böhler; Difetti estetici; Malattie sistemiche dello scheletro. Si terranno anche quattro conferenze: Istologia del carcinoma del colon; Modificazione graduale dell'ileo nel carcinoma del crasso; Diverticolite e infiammazione non specifica; Cómpito della linfogranulomatosi inguinale nella chirurgia. Rivolgersi alla: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Langenbeck-Virchow-Haus, Berlin NW 7; per la parte amministrativa alla: Hirschwaldsche Buchhandlung, Unter den Linden 60, Berlin NW 7.

Corsi complementari e di perfezionamento.

Il giorno 2 aprile p. v. alle ore 9, il prof. A. Missiroli inizierà presso l'Istituto di Sanità Pubblica, (viale Regina Margherita n. 299, Roma), il corso libero di Malariologia. Ciò consentirà di utilizzare i mezzi del Laboratorio di Malariologia dell'Istituto, a vantaggio dell'insegnamento, che avrà un carattere eminentemente pratico.

Il corso avrà la durata di 15 giorni e verrà integrato da alcuni sopraluoghi nell'Agro Pontino e nell'Agro Romano.

Dato il carattere pratico del Corso, non è possibile di accogliere più di 20 allievi.

La Scuola Medica ospedaliera di Napoli, presieduta dal prof. Castronuovo, ha organizzato numerosi corsi di perfezionamento, dall'1 febbraio al l'1 aprile.

Un corso complementare d'igiene pratica per aspiranti alla carriera sanitaria si terrà in Modena, a partire dal 1° aprile, per la durata di un bimestre; tassa L. 300; modalità consuete.

Nell'Istituto di Psicologia dell'Università di Roma si è iniziato, il 31 gennaio, un corso informativo sui problemi dell'orientamento e della selezione in rapporto alla Carta della Scuola; è diretto dal prof. M. Ponzo; del corpo insegnante fanno parte: G. Ajello, F. Banissoni, A. Filippini, Maria Gasca Diez, A. Gemelli.

Lo stesso corso si tiene a Milano, nell'Università del Sacro Cuore; è diretto dal prof. A. Gemelli; tra gl'insegnanti notiamo, oltre ai predetti, anche A. Albertini, P. Corberi, G. Vidoni.

I due corsi sono frequentatissimi (2300 iscritti complessivamente).

Disciplina della pubblicità medica nell'Uraguay.

Il Presidente della Repubblica dell'Uraguay ha emanato un decreto il quale prescrive che tutti gli annunzi relativi all'esercizio delle professioni di medico, di odontologo e di ausiliari della medicina, devono essere formulati in linguaggio chiaro e preciso, evitando: 1° l'uso di abbreviazioni e di espressioni che si prestino ad equivoci;

2° l'indicazione diretta o velata di atti o trattamenti che eccedono i limiti delle proprie attribuzioni; 3° l'annunzio o la promessa di guarigioni a prezzo fisso o per mezzo di rimedi segreti o infallibili. L'attribuzione illegittima di titoli accademici è punita. Gli annunzi e le altre forme di pubblicità di Società mutue, di Laboratori per analisi chimiche, di Gabinetti medici e Istituzioni similari, devono limitarsi all'offerta dei servizi per i quali sono autorizzati. Gli annunzi e la propaganda riguardanti le specialità farmaceutiche, come pure le piante medicinali, sono retti da precedenti disposizioni, alle quali il decreto si richiama.

Azioni giudiziarie.

Nell'« Ospedale al Lido » di Long Beach (California) fu accolto un fratturato all'arto inferiore sinistro; il trattamento ebbe esito sfavorevole e si dovette amputare l'arto. Il paziente intentò causa contro i due medici curanti, contro l'ospedale e contro la sovrintendente alle infermiere. La compagnia assicuratrice dell'ospedale venne ad una transazione, per quanto concerneva l'ospedale stesso e il servizio d'infermeria da esso dipendente, e corrispose 6000 dollari (pari a 120.000 lire it.). L'azione proseguì contro i due medici, i quali sostenevano che la transazione con l'ospedale doveva comprendere anche i medici, quantunque da esso non dipendenti. I due medici vennero assolti dal Tribunale e dalla Corte d'appello della California. Invece la Corte suprema della California ha capovolto il giudizio, in quanto le due azioni giudiziarie possono essere indipendenti. Uno dei periti rilevò che la tecnica seguita era stata quella consigliata nel trattato di Böhler sugli apparecchi per fratturati; ma la Corte suprema ha rilevato che l'esercizio medico deve conformarsi non tanto ai trattati, quanto alla sana pratica, quale è attuata in altri ospedali, tra cui, nel caso specifico, quelli prossimi di Los Angeles.

La Corte di Cassazione di Parigi ha ora giudicato una causa di responsabilità per un delitto commesso in una casa di salute parigina undici anni or sono, il che prova come la giustizia non sia rapida! Il 31 gennaio 1928 il dott. X, proprietario della casa di salute, faceva comunicare ad un suo impiegato il licenziamento, per mezzo di un altro impiegato; questi poco dopo veniva aggredito dal dipendente licenziato e, in esito alle ferite riportate, moriva. La vedova intentò azione contro il dott. X, per risarcimento, sostenendo che il delitto doveva assimilarsi ad un infortunio sul lavoro. In contrasto col Tribunale di Parigi, la Corte suprema ha, ora, stabilito che si applica la legge relativa agli infortuni sul lavoro.

La « Metropolitan Life Insurance Company » di New York aveva assicurato sulla vita una paziente « purchè l'assicurata risultasse in buona salute e non fosse stata assistita da un medico durante gli ultimi due anni, per malattia grave ». Alla morte della paziente la Compagnia rifiutò di corrispondere l'indennizzo agli eredi, in quanto potè provare che quattro mesi prima dell'assicurazione la paziente era stata assistita da un medico, il quale aveva trovato, ad intervalli, una pressione sistolica di 190-200; ella però accudiva alle proprie faccende. Il Tribunale dette ragione alla Compagnia; ma la Corte d'appello ha capovolto il giudizio, perchè anche il medico della Compagnia aveva esaminato la paziente e perchè il contratto-tipo della Compagnia non prevede la clausola surriferita, che fu ideata dall'agente produttore che stipulò il contratto. La falsa dichiarazione dell'assicurata non costituisce, dunque, un elemento di rescissione dei contratto stesso. D'altra parte l'indicazione di « malattia grave » è troppo indefinita.

A Losanna il Tribunale Federale, confermando un giudizio in primo grado, ha condannato a 25.000 franchi (125.000 lire it.) d'indennizzo un medico il quale, in un ragazzo tredicenne, aveva praticato la gessatura di una gamba col sistema Böhler; ma aveva dimenticato d'incidere longitudinalmente l'apparecchio, come è prescritto; seguirono gravi disturbi circolatori e si dovette amputare l'arto sopra il ginocchio.

Un fattore di campagna, tale Alfredo Del Roscio, fu denunciato per violenza usata ad una giovane la quale — trascorsi cinque mesi e 22 giorni dal fatto — partorì all'ospedale di San Giovanni di Roma un neonato che aveva vissuto sette ore.

Il Del Roscio, rinviato al giudizio del Tribunale, negò l'incontro con la Casadei, mentre il difensore di lui sostenne che non avrebbe potuto un feto di 172 giorni vivere sette ore di vita autonoma ed indipendente, non avendo raggiunto quel grado di sviluppo organico che glielo consentisse. Il Tribunale non fu di questo avviso e condannò il Del Roscio.

La Corte d'Appello di Roma (5ª Sezione penale) però — premesso che diversa è la respirazione che si svolge nell'alvo materno da quella polmonare — ha ritenuto che un neonato di 172 giorni non possa vivere senza incubazione o respirazione artificiale, ciò che nel caso non avvenne, e pertanto ha assolto il Del Roscio dal reato di violenza, limitando la responsabilità di lui al reato molto minore di ratto consensuale e condannandolo ad un anno e mesi dieci di reclusione.

Notizie sanitarie di guerra.

Gli ospedali di Londra sono stati così dislocati: il Bart's Hospital a Cambridge; il Guy's nel Kent; il St-Mary's nella Berkhamstad School; il St-Thomas a Oxford; l'University College a Cardiff; il King's College è stato distribuito in vari settori ospedalieri. Il Mildlesex, già evacuato a Bristol, è ritornato a Londra.

Gli studenti « pre-clinici » di Londra erano stati dispersi in vari punti dell'Inghilterra; ma, poichè l'insegnamento clinico non può esser fatto che al letto del malato, si è ora provveduto in tale senso, per coloro che dovranno prestare servizio d'interni o d'esterni, facendoli rientrare nella capitale, ove i servizi ospedalieri funzionanti sono ancora in numero bastevole, per provvedere a questi compiti.

Si è costituita a Lione la « Società medico-chirurgica della 14ª Regione », che ha per programma di mantenere viva l'attività scientifica durante la guerra. Una prima relazione è stata presentata dal dott. Santy, sul problema terapeutico dell'emotorace in chirurgia di guerra.

Nella Clinica ostetrica dell'Ospedale Sant'Antonio di Parigi il prof. Lévy-Solal, mobilitato, viene sostituito dal professore emerito Cyrille Jeannin.

La Clinica medica dell'Hôtel-Dieu di Parigi è stata temporaneamente riassunta dal professore emerito Paul Carnot, al posto del prof. Noël Fiessinger, mobilitato.

Il « Comitato argentino in Francia » per il soccorso alle vittime della guerra ha consegnato al Governo francese, in nome del Comitato « Pro-Francia » che ha sede in Buenos Aires, quale prodotto di sottoscrizioni in Argentina, 10.000 coperte di lana, da essere distribuite alle formazioni militari del fronte. I due Comitati, in stretta collaborazione, hanno ordinato 21 auto-ambulanze, destinate al Servizio di Sanità militare. Procedono anche ad attrezzare l'Ospedale complementare della fondazione Argentina nella Città universitaria di Parigi.

Nel Belgio i servizi di soccorso e di assistenza pubblica sono stati concentrati presso il Ministero della sanità pubblica: si dovrà provvedere, in specie, a ospitare i profughi e ad assistere i fanciulli evacuati indigenti e malati. Prima questi esercizi dipendevano — non si sa perchè — dal Ministero della giustizia.

Nel Belgio si è addivenuti ad una Convenzione tra il Dipartimento della Sanità pubblica, il Dipartimento della Difesa nazionale e la Croce Rossa del Belgio, per regolare l'intervento di detti Dipartimenti e del Commissariato generale della protezione aerea passiva, nel funzionamento del servizio generale della trasfusione sanguigna, organizzato dalla Croce Rossa, in caso di mobilitazione.

La Croce Rossa Italiana, in conformità alle Convenzioni Internazionali, ed in seguito a superiori disposizioni, ha iniziato il servizio di accettazione e inoltro dei pacchi da spedirsi in franchigia ai prigionieri ed internati di guerra che si trovano nei paesi belligeranti o neutrali.

L'accettazione dei pacchi è limitata ai giorni di martedì e venerdì, dalle ore 16 alle 18, presso la Sede del Comitato Centrale della C.R.I., via Toscana 12, ove potranno anche assumersi ulteriori informazioni.

La Croce Rossa Canadese fino al mese di gennaio aveva elargito, per soccorrere i belligeranti, quasi 200.000 di dollari, così ripartiti; 63.000 alla Croce Rossa Finlandese, 15 alla legione polacca di Francia, 12.000 alla Croce Rossa Britannica, 100.000 alla Lega Navale Britannica, 15.000 alla Croce Rossa Francese. A queste donazioni bisogna aggiungere un importante invio di vestiti ai profughi polacchi, regione di Vilna, e 5000 dollari alla Croce Rossa Turca in favore delle vittime del terremoto dell'Anatolia.

Una corrispondenza da Stoccolma ne « L'Osservatore Romano » del 7 febbraio rileva che un ospedale da campo russo preso dai Finlandesi durante la vittoria di Suomussalmi era in uno stato indescrivibile. « Non la mancanza di medicine o di strumenti, ma il disordine e la mancanza di pulizia dànno un'idea della disorganizzazione che si nota anche nel campo igienico. L'ospedaletto era fornito di letti, ma i feriti venivano adagiati per terra su della paglia. In queste condizioni di igiene non deve meravigliare se il numero dei morti è sempre relativamente grande in confronto a quello dei feriti: molti russi devono infatti considerarsi morti non sul campo, ma in seguito al cattivo trattamento di cui sono stati oggetto per parte dei loro medici ».

Un po' dovunque.

Il 4 febbraio nella clinica neurologica di Bologna si è svolta una riunione cui hanno partecipato numerosi neuropatologi di ogni parte d'Italia. Sotto la presidenza del prof. Putti sono state trattate varie comunicazioni scientifiche, fra le quali degne di rilievo quelle riguardanti i fenomeni bioelettrici della corteccia cerebrale, in quanto interessa sopratutto per la radiodiagnostica e la fisiopatologia del sistema nervoso. I lavori si sono chiusi nel pomeriggio.

Il numero del 2 febbraio della « Medizinische Klinik » è consacrato alla medicina italiana. Contine articoli di C. Gamna; L. D'Amato e E. Lombardi; A. Gasbarrini; L. Condorelli; N. Pende; F. Galdi; C. Frugoni; O. Uffreduzzi e L. Biancalanzi; R. Paolucci; R. Della Vedova. Seguono: una revisione della recente letteratura medica italiana a cura di R. P. Ferrari, notizie e corrispondenze dall'Italia. La pubblicazione costituisce un indice degli attuali rapporti culturali con la Nazione germanica.

Il periodico « Acta Rheumatologica », organo ufficiale della Lega internazionale contro il reumatismo, ha cessato le pubblicazioni col n. 43, recante la data di dicembre 1939. Il presidente della Lega, prof. R. Pemberton e il segretario onorario, dott. J. van Breemen, direttore della pubblicazione, annunziano che la Lega è sciolta e l'ufficio viene chiuso, in quanto lo stato di guerra ne impedisce l'attività. Amministrazione: W. L. & J. Brusse's Uitgeversmaatuhappij N. V., Rotterdam, Olanda.

Gli « Archives des Maladies des Enfants » di nov-dic. 1939 sono destinati alle avitaminosi.

In occasione del prossimo fausto evento che allieterà la Casa dei Principi di Piemonte, sarà creato in Napoli un preventorio per la prima infanzia. Il finanziamento è fatto da grandi Istituti di credito ed assicurativi.

L'Ospedale Vittorio Emanuele di Addis Abeba è stato corredato di un centro di chirurgia, molto bene attrezzato; l'inaugurazione venne presenziata dal Vice-Governatore Generale dell'A.O.I.

Col 1° gennaio il Consorzio provinciale antitubercolare di Milano ha assunto la gestione dei Dispensari antitubercolari milanesi, prima eserciti dal Comune.

La Principessa di Piemonte ha visitato l'Istituto Nazionale Medico Farmacologico « Cesare Serono » di Roma.

L'Accademia Reale di Medicina del Belgio ha festeggiato con grande solennità, il 27 gennaio, il prof. Corneille Heymons, dell'Università di Gand, cui è stato decretato di recente il premio Nobel. Si sono avute anche altre manifestazioni in onore dell'illustre fisiologo.

Il Consiglio britannico d'igiene sociale si è adunato il 29 gennaio, nei locali dell'Associazione Medica Britannica. Venne presa in esame la difesa contro le malattie sessuali dei giovani e dei marinai.

A quanto riferisce la Münchener, a Jassi, in Romania, 32 studenti del 2° anno di medicina ebrei sono stati esclusi dai corsi pratici di anatomia, perchè non v'erano cadaveri di ebrei disponibili. Gli studenti sono stati avvertiti che, se nella quindicina successiva nessun cadavere di ebreo fosse stato fornito alla Facoltà, i corsi di medicina sarebbero stati loro completamente chiusi.

In Germania si è stabilito che gli studenti in medicina al principio del corso debbano prestare servizio d'infermiere, per 6 mesi, e che durante l'insegnamento clinico debbano fare altri 6 mesi di « famulus », nel periodo libero dalle lezioni, alla fine del 7° e del 9° semestre.

Nei distretti bavaresi di Lindau, Sonthofen, Kemplen e Frissen si è organizzata la lotta contro il gozzo endemico e il cretinismo, per mezzo di sale grezzo aggiunto di joduri in minima quantità (metodo introdotto dal prof. J. Wagner-Jauregg di Vienna).

Il Museo d'igiene di Dresda ha organizzato a Berlino una esposizione speciale sugli aggressivi chimici.

La Scuola medica dell'Università Yale ha deciso di destinare una sezione della biblioteca alla memoria di Harvey Cushing; essa riunirà la biblioteca privata di Cushing, manoscritti, lettere, quaderni d'appunti, ecc. Amici e colleghi manderanno corrispondenze, fotografie e altri materiali riguardanti Cushing.

In Argentina verrà fondata una Fabbrica nazionale di prodotti farmaceutici.

Dal catalogo di Masson & C.ie per il 1940 si rileva che questa grande casa editrice pubblica 71 periodici.

Uno degli ospedali più moderni di Vienna è stato organizzato dall'« Associazione dei librai di Vienna »; può accogliere 300 malati; comprende 2 sezioni di medicina interna, 1 di chirurgia, 1 di ginecologia e 1 di urologia; sorge in un grande parco della « Fortezza turca ». È stato ora acquistato dalla città, che l'ha messo a disposizione di tutti gli abitanti della zona.

Nella Facoltà medica di Bucarest si è istituita una clinica stomatologica, che è diretta dal prof. Dan Theodorescu.

A Cuba, in Alto Longo (Oriente), viene costruito un lebbrosario capace di 400 ricoverati e che potrà essere portato a 800 posti.

Sotto il patronato del « Comitato nazionale delle donne belghe » si è organizzato a Bruxelles un ciclo di conferenze d'« iniziazione sociale » nel campo della medicina e dell'igiene; hanno luogo presso l'« Opera nazionale belga di difesa contro la tubercolosi ».

È morto a Saint Moritz, in età di 78 anni, il dott. OSCAR BERNHARD, fondatore dell'elioterapia. Egli estese i suoi studi alle radiazioni luminose in genere. Ha dato impulso all'opera di soccorso in montagna.

La chirurgia svizzera è in lutto per la morte inopinata del prof. FRITZ DE QUERVAIN. I suoi contributi alla chirurgia del gozzo, più di 300 pubblicazioni in tutti i dominii della chirurgia, il suo trattato di diagnosi chirurgica tradotto in 12 lingue, sono i suoi più evidenti titoli di benemerenza. Contava 71 anni.

È deceduto a Milano il prof. GAETANO RONZONI, illustre tisiologo.

Indice alfabetico per materie

A. POZZI, resp.

C. FRUGONI, Red. capo.

Roma, Stab. Tip. Armani di M Courrier

VOLUME XLVII Roma, 26 Febbraio 1940 - XVIII Num. 8

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa*, nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI TISIOLOGIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MILANO
diretto dal prof. U. CARPI

OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
DIVISIONE S. STEFANO e S. BARNABA.

Il metabolismo della vitamina C nella polmonite

dei dottori N. BORSETTI ed F. A. MELLONI, ass. volontari, e dott. R. VALLE, all. interno.

Intorno all'uso della vitamina C nella polmonite esiste nella letteratura medica un notevolissimo gruppo di osservazioni dovute per la maggior parte ad autori tedeschi.

Spetta ad Hochwald, Gander, Niederberger, Schröder la dimostrazione che l'organismo affetto da polmonite trovasi in uno stato di carenza di vitamina C.

Vogl, per primo, applicò la vitaminoterapia C nella polmonite, ed in 36 malati ebbe a registrare ben 34 guarigioni. L'esito letale avvenne soltanto in due individui, uno dei quali aveva 72 anni di età e l'altro 80 anni per cui è lecito supporre che tali malati sarebbero morti, probabilmente, con qualsiasi genere di terapia.

Lo stesso autore incoraggiato da tali risultati giunse persino a prescrivere un trattamento profilattico con vitamina C nei malati prossimi a subire interventi operatorî: in 31 casi trattati preventivamente non ebbe infatti a lamentare alcun decesso. I risultati di Vogl trovarono conferma in quelli di Bohnholtzer, il quale in 16 casi caduti sotto la sua osservazione ha ottenuto sempre esito favorevole. Secondo questo autore, all'inizio della cura è possibile un'azione abortiva, mentre più tardi si osserva di regola una defervescenza critica o litica in 2 o 3 giorni: anatomicamente tutti gli stadî della malattia si svolgono come di solito. Ciò che più colpisce è il miglioramento dello stato generale e la notevole diminuzione dell'escreato.

Risultati analoghi ai precedenti sono stati ottenuti da Gunzel e Kroehner in 13 pazienti trattati con vitamina C. Questi autori affermano di non aver mai lamentato nessun esito letale e nessuna complicazione mentre lo sfebbramento è sempre avvenuto per crisi in 2ª o 3ª giornata dopo l'inizio della cura: i pazienti hanno presentato inoltre uno stato di particolare euforia.

Anche Schmetz avendo avuto occasione di curare una serie di polmoniti consecutive a

« grippe » ha osservato sempre una forte diminuzione di mortalità.

In Italia, Lucherini e Chieffi hanno comunicato alle Assise di Medicina i buoni risultati ottenuti con questa forma di terapia: lo sfebbramento è avvenuto sempre per crisi in 5ª o 6ª giornata ed è stato seguito da una buona convalescenza. Il Posarelli, a sua volta, in 20 casi di polmonite, taluni dei quali gravissimi, ha ottenuto il 100 % di guarigioni. Questo autore si mostra particolarmente entusiasta della vitaminoterapia C con l'uso della quale ha osservato sempre lo sfebbramento per crisi non oltre il 5° giorno: i pazienti presentavano tutti un aspetto calmo e tranquillo, non erano dispnoici.

Risultati altrettanto soddisfacenti sono stati ottenuti dall'autore nelle broncopolmoniti: anche qui lo sfebbramento è avvenuto di solito in 4ª o 5ª giornata di cura, non sono state osservate complicazioni. Le condizioni soggettive degli ammalati sono state sempre ottime e la convalescenza rapida.

Data l'alta mortalità dell'infezione pneumonica, nonostante le varie terapie oggi in uso, ci è sembrato che questi dati meritassero di essere presi in considerazione ed esaurientemente controllati. A tal fine abbiamo voluto studiare l'influenza della vitamina C sulla polmonite non soltanto dal punto di vista clinico, ma anche indagando coi metodi di laboratorio il metabolismo della stessa vitamina nel polmonitico.

A questo scopo ci siamo serviti della intradermoreazione di Rotter, della prova del laccio e quindi del dosaggio della vitamina C nelle urine.

Inoltre, come ricerca complementare, abbiamo voluto controllare con il conteggio dei leucociti eseguito prima e durante la vitaminoterapia, l'eventuale influenza su uno dei principali fattori di difesa contro l'infezione.

Com'è noto, la reazione di Rotter è basata sul fatto che il 2-6 diclorofenolindofenolo viene scolorato dai tessuti con una velocità dipendente dal contenuto di questi in acido ascorbico. Il Rotter aveva appunto notato che quando piccole quantità di tale indicatore erano iniettate nella cute delle cavie, si otteneva una decolorazione molto più rapida nelle cavie normali che in quelle tenute a dieta carenzata di vitamina C. La prova ripetuta sopra individui mantenuti a dieta ricca e rispettivamente povera di vitamina C, ha confermato tale risultato. Nei soggetti saturi di vitamina C il 2-6 diclorofenolindofenolo veniva scolorato entro 5 minuti, nei casi normali da 5 a 10 minuti, mentre nei soggetti in carenza la decolorazione avveniva oltre i 10 minuti.

Portnoj e Wilkinson, in una serie di ricerche in cui hanno controllato il metodo di Rotter, ne hanno ammesso il notevole valore clinico, essendo anche ad essi risultato che il tempo di decolorazione è sempre in diretto rapporto con le variazioni del contenuto in vitamina C dell'organismo. Ultimamente anche Codvelle, Simonnet e Mornard, i quali hanno sperimentato il metodo di Rotter, ne hanno riconfermato la bontà ed il valore clinico.

Presso di noi, Lucchetti, a conclusione di una serie di ricerche eseguite nella Clinica Ostetrico-Ginecologica di Roma, afferma che la prova di Rotter si mostrò sempre idonea agli scopi per cui era stata proposta e conclude che essa, pur non presentando che una esattezza approssimativa, possiede un indubbio valore clinico ed è pertanto degna di entrare nella pratica corrente.

Risultati discordi ha invece ottenuto in via sperimentale il Cera, il quale sulle cavie non ha potuto dimostrare un valore realmente specifico della reazione di Rotter.

Maggiormente conosciuta ed anzi ormai accettata dalla maggior parte degli sperimentatori, è la prova di Göthlin. Tale autore fin dal 1931 aveva osservato che individui sani tenuti a dieta scorbutigena, presentavano la prova del laccio positiva, la quale ridiventava negativa dopo somministrazione di succo di arancia. Concluse quindi che la positività di detto segno era indice di una carenza di vitamina C: la prova del laccio venne da lui designata come vitamina C test dello standard individuale di vitamina C. Le affermazioni del Göthlin vennero confermate da Falk e da Gedda in collaborazione con lo stesso Göthlin, sugli scolari di Norbotten, a Nord del circolo polare artico.

Non è da credere tuttavia che siano mancate voci discordi alle vedute di Göthlin.

Hess per primo mise in evidenza che è possibile trovare notevoli variazioni individuali nella modalità di reazione alla prova del laccio ed affermò conseguentemente che tale reazione, pure essendo positiva in individui affetti da scorbuto, difficilmente poteva essere usata per determinare il grado di carenza in vitamina C.

Schultzen, a sua volta, riferì di aver trovato positivo il segno del laccio in casi in cui non si poteva stabilire una carenza di vitamina C mentre d'altra parte, la somministrazione di tale sostanza ad individui con prova del laccio positiva non ne determinava affatto la scomparsa.

Anche Ultgreen a conclusione di una serie di esperienze di controllo eseguite sopra 50 malati affetti da forme morbose diverse, manifestò dei seri dubbi circa la attendibilità della prova del laccio.

Altri autori hanno inoltre dimostrato come il segno del laccio risulti positivo in varie condizioni di insufficienza organica che non hanno nulla a che fare con l'avitaminosi C.

Così P. F. Weil ha trovato positivo tale segno nella insufficienza epatica, Seyderhelm ed Heinemann nella insufficienza ovarica, Schour negli squilibri del sistema nervoso. Lo stesso Schultzer afferma di aver trovato il segno del laccio positivo in numerosi soggetti affetti dalle più svariate malattie ed indifferenti al trattamento con vitamina C.

Anche Lunedei e Giannoni sembrano mettere in dubbio il valore della prova del laccio. Cotti che ha condotto ricerche sistematiche intorno all'influenza della vitamina C sulla resistenza capillare in due gruppi di individui normali e presentanti una spiccata fragilità capillare, ha trovato in entrambi i gruppi in seguito alla somministrazione di vitamina C un aumento della resistenza capillare fino a valori normali, mentre il segno del laccio mostrava di ridursi talvolta fino alla completa scomparsa.

Alla prova di Rotter e di Göthlin abbiamo fatto seguire, come è stato detto più sopra, lo studio sistematico dell'eliminazione dell'acido ascorbico attraverso le urine con il metodo di Martini-Bonsignore.

La quantità di vitamina C che si elimina per via urinaria non è stata ancora ben determinata.

Individui in condizioni normali eliminano secondo Stepp, Kühnau e Schröder non più di 6-7 mg. di acido ascorbico per mille, cioè circa 10 mg. nelle 24 ore. Harris, Ray e Ward danno come cifra media fra gli Inglesi, 30-35 mg., Von Drigalski 50 mg., con oscillazioni fra 36 e 79 mg., Vaquette dà una media di 45 mg. con oscillazioni fra 19 e 85 mg., Casazza ha ottenuto risultati oscillanti fra mg. 66 e 90 al giorno. Naturalmente è ovvio pensare all'esistenza di variazioni regionali e climatiche per cui individui abitanti in paesi dove l'alimentazione consta di abbondanti verdure fresche possono eliminare acido ascorbico in misura maggiore che altrove dove esistono condizioni contrarie.

A conferma di ciò citiamo l'affermazione di Baserga e Fenga, i quali in una serie di ricerche eseguite in Sicilia in soggetti sani e malati, hanno trovato che non esistevano affatto dei deficit di vitamina C paragonabili a quelli denunciati in Germania da autori di quel paese. Al contrario gli stessi autori ripetendo le prove nell'Istituto di Patologia Medica di Pavia, hanno trovato molto più frequentemente delle risposte deficitarie, analoghe a quelle della letteratura tedesca.

Secondo Lorenzini, la cifra di eliminazione media giornaliera che più si avvicina alla realtà è quella di 10 mg. per mille in adulti a dieta mista normale. Infatti alle alte cifre riportate dalla maggior parte degli autori più sopra citati non si può assegnare un significato assoluto, perchè esse sono state ricavate mediante la titolazione con jodio che dà risultati da 3 a 20 volte più alti della realtà (Baumann e Rappolt).

Comunque in condizioni patologiche è stato riscontrato che l'eliminazione urinaria di acido ascorbico viene a diminuire rapidamente fino alla scomparsa completa. Nelle infezioni acute croniche i valori oscillano fra mg. 0,18 e 5 ‰ con una media di mg. 2,8 (Bieling, Mc Conkey e Smith, Mouriquand per la tubercolosi, Wänhouscher per il pneumococco, Finlay per lo streptococco, Jackon e Moddy per lo stafilococco, Mouriquand, Rochaix e Michel per il colibacillo, carbonchio e piocianeo, Bieling e Harde per la tossina difterica, Richard e Gormor per il reumatismo articolare acuto).

Harde, Rothstein e Ratish trovarono che le urine dei polmonitici contengono in generale meno acido ascorbico delle urine dei normali e che dopo la prova di carico con vitamina C l'organismo trattiene la vitamina introdotta. Gli stessi autori, in collaborazione con Bullowa e Jesse hanno confermato in un recente lavoro i risultati precedenti ed hanno prospettato l'ipotesi che l'ipovitaminosi C nella polmonite sia in rapporto ad un aumentato bisogno in seguito ad accelerato ricambio.

Secondo Scarinci e Mea in malati di tubercolosi la quantità di vitamina C emessa con l'urina è tanto minore quanto più grave è la malattia. Tale osservazione è stata confermata da Jetter e Bumbalo. Abassy da parte sua afferma che anche nelle osteomieliti, artriti reumatiche ed in genere nelle malattie a carattere infettivo, la diminuzione della vitamina C eliminata con le urine si svolge parallelamente con l'attività del processo infettivo.

Castex e Schteingart hanno trovato valori bassi nei processi cardiorenali, gastrointestinali, epatici e nelle malattie del ricambio e delle ghiandole endocrine. In individui affetti da neoplasmi l'eliminazione è di mg. 0,24 ‰, nel morbo di Hodgkin 0,86-2,6, nell'anemia perniciosa 3-3,8.

Come ricerca collaterale abbiamo sistemati-

camente controllato in tutti i nostri malati il numero dei globuli bianchi.

Intorno all'azione dell'acido ascorbico sulla serie bianca esistono nella letteratura le osservazioni di Schade, il quale, sperimentando su se stesso, ha notato leucopenia, linfocitosi, eosinofilia. Tali risultati però sono stati contraddetti da Böger e Martin. Enfinger e Gaehtgens in un caso di leucemia trattato con vitamina C, hanno visto discendere le forme bianche da 27.000 a 3000 per mmc. Spörl e Pongratz, sperimentando l'azione della vitamina C sulla leucocitosi infettiva ottenuta con peritonite batterica nelle cavie, hanno potuto dimostrare che la vitamina C non solo non esercita nessuna azione depressiva sulla leucocitosi infettiva, ma anzi in certo senso la favorisce mantenendo in stato di aumentata attività le forze organiche. De Blasi in cavie sottoposte ad infezione peritoneale e trattate prima e dopo con vitamina C, ha trovato che le modificazioni della serie bianca sono state lievi ed in ogni caso tali da far escludere una notevole influenza dell'acido ascorbico sulla leucocitosi e sulla formula leucocitaria.

Thiele, invece, in individui normali e patologici ha constatato che la somministrazione di 50 mg. di acido ascorbico ha talvolta l'effetto di aumentare il numero dei leucociti, il quale dopo 60-70 minuti comincia a diminuire per raggiungere la cifra primitiva dopo circa due ore. Contemporaneamente a questa leucocitosi si constata una linfocitosi relativa. Con 500 mg. pro die, si ottiene, secondo lo stesso autore, un aumento progressivo del numero dei leucociti e nel tempo stesso aumento delle piastrine.

Tecnica e dosi usate. — Crediamo opportuno, per una maggiore chiarezza del lavoro, accennare alle varie modalità di tecnica usate nelle nostre ricerche ed alle dosi di vitamina C che noi abbiamo somministrato, basandoci sull'esperienza degli autori che ci hanno preceduto.

Per la intradermoreazione abbiamo seguito il metodo di Rotter nelle modificazioni di tecnica che vi hanno apportato Codvelle, Simonnet e Mornard. Com'è noto, Rotter ed i suoi collaboratori, Portnoy e Wilkinson, iniettano nello spessore del derma 1/100 di centimetro cubo di una soluzione di diclorofenolindofenolo contenente 2 mg. in 5 cmc. e dalla rapidità di decolorazione, stabiliscono lo stato di saturazione o di carenza dell'organismo in vitamina C.

Codvelle, Simounet e Mornard usano invece una soluzione contenente 80 mg. % di diclorofenolindofenolo e praticano l'iniezione intradermica di 1/60 di cmc. nella pelle dell'avambraccio in modo che la reazione è di più facile lettura. In tali condizioni, secondo questi autori, la decolorazione è ottenuta negli individui saturati di vitamina C in meno di cinque minuti; negli individui in equilibrio vitaminico il tempo di decolorazione varia da 5 a 10 minuti, mentre un tempo superiore ai dieci minuti denunzia una carenza occulta.

La prova del laccio è stata condotta secondo la tecnica originale di Göthlin consistente nell'applicare il bracciale di gomma per 15 minuti ad una pressione costante di 50 mm. di Hg., contando poi il numero delle petecchie che comparivano nei limiti di un cerchio di 6 cm. di diametro disegnato all'altezza della piega del gomito. La prova era considerata positiva quando il numero delle petecchie era più di otto.

Per il dosaggio della vitamina C nelle urine, noi abbiamo adoperato il metodo di Martini e Bonsignore che a giudizio della maggior parte degli autori sia italiani che stranieri, è quello che possiede maggiori doti di specificità e di precisione.

Non si può infatti dimenticare che il procedimento di Tillmans al 2-6 diclorofenolindofenolo del quale si sono serviti ultimamente Codvelle, Simonnet e Mornard in una serie di ricerche analoghe alle nostre, non gode più oggigiorno il favore degli studiosi.

Lorenzini controllando sperimentalmente l'attività antiscorbutica del karkadé ha dato la chiara dimostrazione che la reazione al 2-6 diclorofenolindofenolo non è specifica: essa permette di escludere la presenza di vitamina C se è negativa, ma non permette di affermarne la presenza se è positiva.

Il Mangano, a sua volta, in un recentissimo lavoro, basandosi sul fatto che gli estratti acidi di alcune miscele alimentari scorbutigene sicuramente prive di vitamina C, riducono l'indicatore 2-6 diclorofenoloindofenolo, nega a questo metodo ogni carattere di specificità per l'acido ascorbico.

Per quanto riguarda il materiale in esame taluni autori hanno preferito raccogliere tutte le urine delle 24 ore e fare il dosaggio sopra un campione di esse aggiungendo al risultato la proporzione del 20 o 30 % che, come è noto, è la quantità che va distrutta conservando la sostanza in un liquido qualsiasi ed in contatto con l'aria.

Altri autori in considerazione del fatto che l'eccesso di vitamina C somministrata ad un individuo si trova nelle urine a distanza di non oltre tre ore dalla somministrazione, hanno adottato il metodo delle determinazioni giornaliere fatte appunto a 3 ore di distanza

da ogni somministrazione di acido ascorbico. Anche questo metodo ci sembra troppo grossolano, per cui abbiamo preferito ricorrere a sostanze chimiche atte a conservare intatta la quantità di acido ascorbico contenuta nelle urine eliminate nella giornata, anche se esposte all'azione dell'aria o della luce. Fra tutte le sostanze proposte (acido tricloroacetico, acido metafosforico, acido acetico glaciale, ecc.) abbiamo fermato la nostra attenzione sull'acido cloridrico al 3% con il quale recentemente Codvelle, Simonnet e Mornard affermano di aver ottenuto eccellenti risultati (*Presse Médicale*, n. 95, 1938). Dopo alcune esperienze preliminari che ci hanno convinto dell'esattezza delle affermazioni degli autori sopra nominati, abbiamo adottato senz'altro questa tecnica con la quale pensiamo di aver ottenuto cifre non troppo lontane dalla realtà, anche se talvolta qualche po' di urina sia andata perduta con le feci, od anche se, come vogliono Lilienfeld, Wright e Mc Lenathen, qualche lieve percentuale di vitamina C sia stata eliminata con la sudorazione.

Per le dosi che abbiamo usato, noi ci siamo necessariamente basati sull'esperienza altrui.

Vogl, ad esempio, appena fatto la diagnosi di polmonite iniettava sotto cute 200 mg. di acido ascorbico e nei giorni successivi manteneva la dose sui 200-500 mg. *pro die*, a seconda della gravità del caso. Questo autore in considerazione che nell'organismo vi è un continuo consumo di vitamina C, crede opportuno che le dosi siano molto frazionate in modo che l'apporto sia continuo; all'iniezione endovenosa preferisce inoltre quella sottocutanea, affinchè l'assorbimento sia più lento.

Bohnholtzer arriva invece ad iniettare per via endomuscolare da 400-500 mg. di acido ascorbico tre volte al giorno fino allo sfebbramento, poi 300 mg. al giorno fino a completa guarigione.

Anche Gunzel e Kroehner hanno usato ad un dipresso le stesse dosi. Posarelli ha somministrato inizialmente quattro volte al giorno dosi da 500 mg. per via intramuscolare alla distanza di quattro ore da una iniezione all'altra, scendendo in seguito a tre ed a due iniezioni fino alla risoluzione del processo. Noi nei primi dieci casi abbiamo usato due iniezioni giornaliere (dalle 8 alle 17) di 500 mg. di vitamina C, mentre per gli ultimi 10 casi la dose è stata raddoppiata (1).

(1) Porgiamo vivi ringraziamenti all'Istituto Biochimico Italiano che ci ha fornito con signorile larghezza la vitamina C necessaria ai nostri esperimenti.

Naturalmente in tutti i nostri malati non abbiamo trascurato l'uso dei cardiotonici persuasi che con nessuna forma di terapia sia lecito, nella polmonite, trascurare tale presidio.

Resoconto delle nostre esperienze.

Poichè la descrizione di 20 casi di polmonite trattati nel modo sopradetto, ci costringerebbe ad una monotona ripetizione di particolari che in gran parte si somigliano, preferiamo contenere le nostre osservazioni entro alcune tabelle, riservandoci per ognuna un adeguato commento.

Nella tabella I sono riassunti i dati concernenti la diagnosi, la prova del laccio e quella di Rotter, l'esito della malattia ed il modo di caduta della febbre (vedi tabella I).

Dall'esame della tabella I risulta innanzi tutto che la prova del laccio ha dato esito positivo in 12 malati, mentre in 8 è stata negativa. Anche la prova di Rotter ha dato risultati quasi analoghi in quanto è risultato che il tempo di decolorazione è stato normale (da 5 a 10 minuti) in 8 individui, mentre negli altri 12 ha superato ampiamente i limiti della normalità per sconfinare verso cifre che denotano carenza. Tale fatto non può stupire se si considera che normalmente sono i poveri od almeno i meno abbienti che chiedono ricovero in ospedale: è ovvio quindi ammettere che in tali categorie la nutrizione presenti delle deficienze se non quantitative, almeno qualitative.

Bisogna tener conto inoltre del fatto che negli ospedali il polmonitico è tenuto a una dieta rigorosa, priva del fattore vitaminico C.

Ma non sono questi i soli motivi per cui tanto da noi quanto dagli autori che ci hanno preceduto (Hochwald, Gander e Niederberger, Schröder, ecc.) sia stato messo in evidenza un particolare deficit di vitamina C nei polmonitici. Già da tempo Szent-Györgyi aveva osservato che durante la febbre e le intossicazioni si osserva una diminuzione del contenuto vitaminico dei vari organi. Tale osservazione, confermata da Plaut e Bulow e da vari altri autori, comprova la esistenza di stretti rapporti fra piressia e metabolismo della vitamina C.

È del resto nozione già da tempo acquisita in vitaminologia che le infezioni provocano un impoverimento dell'organismo in vitamine, mentre a sua volta la carenza delle varie vitamine provoca una diminuzione della resistenza alle infezioni.

Altra osservazione notevole è che la prova del laccio e quella di Rotter hanno dato risultati analoghi ad eccezione del caso 17 dove

TABELLA I.

N. dei casi	DIAGNOSI	Prova del laccio	Prova di Rotter- tempo decolorazione in min	Esito	Modo di caduta della febbre
1	broncopol. destra	+	15	guarigione	Per crisi in 7ª giornata.
2	p. base destra	—	10	id.	Per crisi in 7ª giornata.
3	p. lobo inf. destro	+	12	id.	Per lisi in 10ª giornata
4	p. lobo inf. destro	—	8	id.	Per lisi in 10ª giornata
5	p. base destra	—	10	id.	Per lisi in 10ª giornata
6	p. base sinistra	+	20	id.	Per lisi in 8ª giornata.
7	p. base destra	+	22	morte in 8° g.	Riaccensione di un nuovo focolaio alla base sinistra.
8	p. base destra	+	10	guarigione	Per crisi in 7ª giornata.
9	p. totale destra	—	8	id.	Per lisi in 9ª giornata
10	p. lobo inf. sinistro	—	5	id.	Per lisi in 12ª giornata.
11	p. lobo inf. sinistro	+	18	id.	Per lisi in 9ª giornata
12	bronc. destra	+	16	id.	Per crisi in 8ª giornata.
13	bronc. destra	+	12	id.	Per crisi in 7ª giornata.
14	bronc. destra	+	14	id.	Per crisi in 7ª giornata.
15	p. totale destra	+	15	id.	Per lisi in 8ª giornata.
16	p. totale destra	+	15	id.	Per crisi in 7ª giornata.
17	p. totale destra	—	18	id.	Per lisi in 10ª giornata.
18	p. base destra	+	14	id.	Per crisi in 7ª giornata.
19	p. base sinistra	—	7	id.	Per crisi in 7ª giornata.
20	p. lobo inf. sinistro	—	8	id.	Per lisi in 12ª giornata.

un tempo di decolorazione di 18 minuti presuppone un individuo altamente carenzato in vitamina C mentre, d'altra parte, la prova del laccio è stata negativa.

Per quanto riguarda l'esito della cura noi abbiamo avuto un solo morto sopra 20 polmonitici il che equivale ad una percentuale del 5 %; in ciò noi siamo in accordo coi risultati degli autori precedenti (Vogl, Bohnholtzer, Gunzel e Kroehner, Lucherini e Chieffi, Posarelli).

Tali risultati sono veramente confortanti quando si consideri che, secondo le statistiche più attendibili, la mortalità per polmonite in Italia è tuttora assai elevata oscillando fra il 20-25 %.

Era nostro intendimento portare una statistica completa della mortalità per polmonite verificatasi negli scorsi anni nel nostro reparto, onde confrontare i risultati alla stregua delle varie terapie usate. Ci ha dissuaso la considerazione che il genio epidemico nell'infezione pneumococcica varia di anno in anno per cui ci siamo limitati a prendere in esame solamente i casi di polmonite ricoverati in altri reparti dell'Ospedale Maggiore durante i mesi di gennaio-febbraio di quest'anno, epoca in cui sono state compiute queste esperienze.

Orbene in tale lasso di tempo sopra 59 casi di polmonite, l'esito letale ebbe a manifestarsi in 21 casi, cioè con una percentuale del 35 %. Come terapia vennero adoperati i sali di chinino, la canfora, la digitale, ecc.

Dall'esame dei nostri 20 casi si rileva che lo sfebbramento in 6 casi soltanto è avvenuto per crisi e non mai prima della settima giornata, mentre in tutti gli altri la febbre è scomparsa completamente sempre dopo la settima giornata ed in vari casi è persistita fino alla 12ª giornata.

Non siamo quindi in grado di confermare

le osservazioni degli autori che ci hanno preceduto. Bohnholzer infatti ha osservato una defervescenza critica o litica in 2 o 3 giorni. Gunzel e Kroehner per crisi in 2ª o 3ª giornata dall'inizio della cura. Lucherini, Chieffi, Posarelli per crisi in 5ª o 6ª giornata.

Anche sulla possibilità di un'azione abortiva prospettata da Bohnholzer noi non possiamo pronunciarci giacchè non ci è stato possibile osservarne alcun caso.

Altre osservazioni che non ci è stato possibile riassumere e che quindi non sono contenute nella tabella I, riguardano il decorso della malattia. Senza scendere a casi particolari che ci costringerebbero a dilungarci troppo, possiamo affermare che, quasi sempre, sin dall'inizio della vitaminoterapia si è notato un lieve ma costante miglioramento nelle condizioni generali dei pazienti, diminuzione della dispnea e della cianosi, maggiore validità del miocardio, notevole senso di euforia. Sull'espettorazione nulla da rilevare.

Per quel che riguarda il decorso della temperatura non ci sembra che la vitamina C eserciti una qualsiasi influenza: nei nostri casi infatti la febbre è stata quasi sempre elevata, con remissioni transitorie assai rare e la defervescenza, come abbiamo detto più sopra, è avvenuta quasi sempre per lisi e con notevole ritardo.

La vitaminoterapia, anche con dosi assai elevate come quelle degli ultimi 10 casi, è risultata completamente innocua e priva di azioni tossiche secondarie. Crediamo quindi

TABELLA II.

N. dei casi	Prima inizio cura vitaminica mg.	1° giorno mg.	2° giorno mg.	3° giorno mg.	4° giorno mg.	5° giorno mg.	6° giorno mg.	7° giorno mg.
1	2,66	2,50	3	5	14 1/2	15,20	155,50	250
2	12	15	18	17	118 1/2	225,50	299	—
3	8	7 1/2	12	11	15	115	219	200
4	7	12	15	114	119	221,75	288	327
5	6	10	11	18	115	220,20	218	430
6	0.50	8,50	0,80	1	35	311	370	—
7	0,85	0,98	2	2,50	2	200	—	—
8	5	6	3	3,50	215	190	230	—
9	22	3	7	7 1/2	110	250	—	—
10	2	12	14	27	21	190	210	280
11	19	3	2	5	300	280	490	—
12	3	8	15	160	380	370	410	—
13	3,50	4	14	15	319	327	—	—
14	1	6	15	34	410	540	—	—
15	25	3 1/2	2,20	40	37	610	750	800
16	1	1	1 1/2	40	390	780	—	—
17	4	7 1/2	35	47	710	680	940	1070
18	1	2,30	14	38	310	440	490	—
19	2	3	19	440	390	710	—	—
20	6	6 1/2	12	180	500	520	690	—

NOTA. — È chiaro che per 1° giorno non intendiamo quello in cui è incominciata la malattia, giacchè è noto che la maggior parte dei polmonitici entrano in ospedale solo in 2ª o 3ª giornata: intendiamo quindi quello in cui si è iniziata la cura. Da rilevare che negli ultimi 10 casi la quantità di acido ascorbico somministrata è stata doppia dei primi 10.

che sia senz'altro da scartare l'ipotesi della esistenza di un ipervitaminismo C anche se taluni autori, come Giroud e Windenbauer, affermino di aver notato talvolta fenomeni di intolleranza per sovraccarico di acido ascorbico, quali nausea, bradicardia, eritemi, dermografismo, diarrea.

Nella tabella II sono contenuti i dati della eliminazione totale giornaliera di acido ascorbico attraverso le urine prima dell'inizio della cura e durante la cura stessa (vedi tabella II).

Anche da questi dati viene messo in chiaro l'esistenza di una carenza di acido ascorbico nella maggior parte dei polmonitici caduti sotto la nostra osservazione.

Su questi venti casi infatti soltanto 4 sorpassano i 10 mg. giornalieri raggiungendo con ciò la quantità data per normale dagli autori più quotati nella materia (Stepp, Kühnau e Schröder, Lorenzini). In due casi soltanto l'eliminazione giornaliera ha raggiunto e sorpassato i 20 mg. prima ancora di iniziare la vitaminoterapia.

Un fatto, in apparenza strano, è quello che si riscontra nei casi 9-11-15 in cui la curva vitaminurica non trova riscontro nei rimanenti casi. Quivi infatti si osserva che ad un'eliminazione iniziale rispettivamente di 22-19 e 25 mg. di acido ascorbico, fa seguito per i primi giorni dopo iniziata la cura, un'enorme contrazione dell'eliminazione, che si riduce a pochi milligrammi; in seguito la curva riprende il suo ritmo normale. Tale fenomeno che sembra paradossale trova riscontro in quanto già uno di noi (Borsetti, *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, n. 10, 1938) ebbe ad osservare studiando il comportamento della curva follicolinurica in un gruppo di amenorree primarie e secondarie. Tale autore ha osservato appunto che mentre prima della cura con follicolina esiste una forte eliminazione di ormone follicolare, durante la cura si ottiene la scomparsa dell'ormone dalle urine mentre sembrerebbe logico che la follicolina somministrata a scopo terapeutico, dovesse provocare un aumento della follicolinuria.

A spiegazione di questo fatto è stata emessa l'ipotesi che la terapia follicolare abbia la facoltà di elevare la soglia renale permettendo quindi all'organismo di utilizzare l'ormone prodotto in quantità normali.

Anche nei nostri casi di polmonite può essere prospettata un'ipotesi analoga alla precedente. Nulla vieta infatti di pensare che noi ci siamo trovati di fronte ad individui che, in seguito ad una incapacità di utilizzare la vitamina C introdotta con gli alimenti (disvitaminosi), eliminavano tale sostanza attraverso le urine. L'introduzione parenterale di vitamina C può aver agito sul metabolismo della stessa vitamina correggendone le alterazioni iniziali, in modo che l'organismo abbia potuto utilizzare tale fattore ed anzi immagazzinarne una quantità notevole prima di eliminare il superfluo.

La maggior parte dei nostri malati similmente a quanto è stato osservato da Codvelle, Simonnet e Mornard, hanno dato segni di saturazione soltanto dopo quattro o cinque giorni dall'introduzione della vitamina C in dosi alte (1-2 gr. pro die). Risulta però che la quantità di vitamina eliminata è assai piccola in confronto di quella introdotta, la qual cosa fa pensare sia all'esistenza di un notevole grado di carenza, sia alla capacità dell'organismo di immagazzinare forti quantità di acido ascorbico, sia all'aumentato consumo di tale vitamina dovuto alla malattia. Per quanto riguarda quest'ultimo fatto, è ammesso da tutti gli autori a cominciare da Szent-Gyorgy, che nelle malattie infettive, sopratutto se accompagnate da alte temperature, esiste un maggior consumo di vitamina C, che a noi nella polmonite è risultato altissimo.

Un'ultima osservazione che non siamo in grado di confermare è quella di Bohnholtzer, il quale avrebbe osservato nei suoi casi che spesso la ricomparsa dell'acido ascorbico nella urina coincide con un abbassamento della temperatura. A noi non fu mai dato di osservare tale particolarità.

Nella tabella III abbiamo raccolto i dati del conteggio giornaliero dei globuli bianchi (vedi tabella III).

Com'è noto, al comportamento del tasso leucocitario viene attribuito un notevole valore prognostico in quanto si ritiene che una leucocitosi media costituisca motivo di tranquillità mentre i due estremi, cioè tanto la leucopenia quanto la leucocitosi intensa, sono considerati sintomi di prognosi grave.

Nei nostri casi la leucocitosi si è mantenuta quasi sempre entro limiti segnati da cifre medie (10-15.000); nei pochi casi in cui la leucocitosi fu intensa non si ebbe a rilevare nulla di notevole in confronto con gli altri, mentre nell'ultimo caso con leucopenia (3.200-5.200) si ebbe esito letale.

Dall'esame della curva della leucocitosi risulta inoltre che la vitamina C non solo non esercita nessuna azione depressiva sulla leucocitosi infettiva, ma anzi sembra favorirla mantenendo quindi in stato di aumentata at-

Tabella III.

N. dei casi	All'ingresso in ospedale	1° giorno	2° giorno	3° giorno	4° giorno	5° giorno	6° giorno
1	8.200	8.000	8.500	12.000	15.600	13.250	11.300
2	12.000	13.750	15.600	15.000	16.000	15.750	15.400
3	11.000	11.900	11.500	23.000	17.300	10.200	18.200
4	14.200	14.800	14.000	15.000	17.400	15.350	12.000
5	9.000	9.600	10.200	8.700	11.000	12.000	12.700
6	10.000	11.400	11.700	12.970	12.000	13.250	13.000
7	4.560	5.200	4.700	3.200	5.000	4.700	—
8	8.400	8.000	12.600	12.500	14.000	17.000	14.200
9	24.000	21.300	27.300	21.000	28.000	27.300	21.000
10	24.700	23.800	24.500	28.000	30.500	26.600	14.200
11	9.000	11.000	11.200	10.200	11.000	10.600	8.000
12	14.800	13.200	16.400	21.000	18.300	14.000	12.800
13	7.000	8.400	9.100	14.300	12.000	11.400	11.000
14	5.000	5.750	11.000	10.500	11.000	8.700	7.000
15	8.000	7.200	6.800	12.000	13.000	10.200	11.000
16	9.400	12.000	21.200	23.000	18.000	19.000	20.200
17	12.000	13.000	12.200	11.900	17.000	16.000	10.300
18	11.400	11.500	21.000	23.700	24.100	15.000	11.000
19	10.000	8.700	9.000	8.900	11.000	7.800	9.000
20	6.000	7.400	8.000	7.800	6.900	8.000	11.000

tività i poteri difensivi dell'organismo. In ciò siamo quindi in pieno accordo con Spörl e Pongratz, e con Böger e Martin.

*
* *

Prima di arrivare ad una conclusione ci sembra opportuno esporre brevemente l'opinione degli autori che ci hanno preceduto nello studio di questo argomento.

Hochwal, partendo dalla constatazione che la vitamina C possiede un'azione inibitrice sullo shoch anafilattico degli animali, ritiene che essa agisca nella polmonite principalmente come sostanza antiallergica.

Castex e Schteingart affermano che nei processi infettivi tossici esiste un maggior consumo di vitamina C e ciò significa evidentemente che l'organismo ha un bisogno maggiore di questa vitamina: ne viene di conseguenza che aumentandone la somministrazione si favorirà il potere difensivo dell'organismo stesso.

Secondo Giroud la vitamina C avrebbe la proprietà di determinare una ipertensione arteriosa ed una vasodilatazione periferica.

Iusatz crede che essa induca un notevole aumento del potere battericida nonchè della produzione di anticorpi.

Messina e Verga affermano che somministrando acido ascorbico per via parenterale si ottiene un netto incremento della fagocitosi, dovuto ad un esaltamento dell'azione opsonica del plasma sanguigno. Secondo Bazzocchi l'acido ascorbico provoca un aumento del potere battericida del sangue. Questo fatto è stato confermato da Scartozzi in un recente lavoro in cui sono studiati i rapporti fra vitamina C ed alcuni poteri immunitari. Mentzer crede probabile che l'azione della vitamina C sia in parte dovuta ad un gruppo chimico per cui l'acido ascorbico forma un sistema di os-

*

sido-riduzione reversibile: la forma ridotta cede dell'idrogeno e si trasforma in forma ossidata, la quale è in seguito idrogenata da un datore di idrogeno e così di seguito. Secondo questo concetto l'acido ascorbico costituisce uno dei sistemi indispensabili per catalizzare il trasporto dell'idrogeno dalle sostanze alimentari sull'ossigeno respiratorio. Si capisce da ciò che la diminuzione dell'acido ascorbico ha per conseguenza la diminuzione dell'intensità respiratoria e per contraccolpo la diminuzione di tutte le forze vitali. D'altra parte l'invasione dell'organismo da parte di un germe patogeno richiede una più intensa funzione dei diversi organi, dalla quale derivano aumento della respirazione ed esagerata necessità di acido ascorbico.

Nonostante queste molteplici ipotesi noi riteniamo che abbia tuttora ragione il Mentze, secondo il quale la parte esatta svolta dall'acido ascorbico nei fenomeni di immunità è tuttora da conoscere.

Dall'esame dei risultati che noi abbiamo ottenuto crediamo sia possibile stabilire le seguenti proposizioni:

1) nella polmonite esiste uno stato carenziale di vitamina C che viene quasi sempre messo in evidenza dalla prova del laccio, dall'intradermoreazione di Rotter, dal dosaggio delle urine. È probabile quindi la esistenza, voluta da taluni autori, di un rapporto fra carenza di vitamina C e recettività per il pneumococco. Non bisogna però dimenticare che in tutte le avitaminosi esiste una maggiore predisposizione verso le infezioni;

2) tanto la prova di Göthlin quanto quella di Rotter senza essere decisamente specifiche, servono abbastanza bene allo scopo di orientamento clinico per il quale sono state escogitate;

3) la eliminazione urinaria di vitamina C da parte dei polmonitici è generalmente minore di quella degli individui sani;

4) nella polmonite come, in genere, nelle malattie infettive, esiste un maggior consumo di vitamina C; da ciò quindi l'indicazione di questo farmaco la cui efficacia terapeutica sarebbe in rapporto con il ritorno alla norma dell'equilibrio vitaminico;

5) la vitamina C non possiede la facoltà di provocare la crisi anticipata e neppure quella di modificare lo stato patologico essenziale della malattia, per cui non può essere considerata come un farmaco specifico verso la polmonite. Non si può però disconoscere che nei nostri casi la mortalità osservata è stata eccezionalmente bassa (5 % in confronto del 35 % osservato in altri reparti nello stesso periodo epidemico) sicchè ci sembra di non peccare di esagerazione nell'ammettere che la vitamina C esplica un'influenza favorevole sul decorso dell'infezione e deve essere considerata come un elemento coadiuvante di indubbio valore. In ciò noi non facciamo che ripetere l'opinione di Szent-Gyorgy, il quale pensa che mentre nel caso delle avitaminosi le vitamine agiscono come mezzi medicamentosi diretti, nelle altre malattie invece possono essere considerate sussidi terapeutici aspecifici;

6) è esclusa la esistenza di un ipervitaminismo C. L'organismo infatti, dopo aver raggiunto un certo grado di saturazione, optimum per uno svolgimento normale dei fenomeni vitali, elimina prontamente il superfluo;

7) l'acido ascorbico non ostacola la leucocitosi infettiva, ma anzi la favorisce quantunque in modico grado. Crediamo quindi che esso abbia degli addentellati con le difese immunitarie con stimoli, la cui esatta natura e proporzione ci sfuggono, atti ad influenzare i tessuti e gli umori.

RIASSUNTO.

In 20 malati di polmonite sottoposti alle prove del laccio, all'intradermoreazione di Rotter ed al dosaggio quotidiano della eliminazione urinaria dell'acido ascorbico, gli autori hanno potuto dimostrare nella maggior parte dei casi una notevole carenza di questa vitamina.

La somministrazione di vitamina C a dosi elevate è risultata utile poichè la mortalità nei casi osservati ha toccato appena il 5 %: essa però non ha provocato in nessun caso la crisi anticipata nè ha modificato in qualsiasi modo il decorso della temperatura.

Gli Autori riconoscono alla vitamina C una influenza decisamente benefica sull'andamento dell'infezione, tuttavia pensano che non debba essere attribuita ad essa un'azione specifica nelle polmoniti, ma semplicemente il significato di un farmaco coadiuvante di indubbio valore.

BIBLIOGRAFIA.

ABASSY. Italia Medica, 20 novembre 1937.

BASERGA e FENGA. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, marzo 1939.

BAUMANN e RAPPOLT. Zeitschr. f. Vitaminforschung, n. 1, 1937.

BIELING, MC CONKEY e SMITH. Citati da CASTEX e SCHTEINGART.

BIELING e HARDE. Citati da CASTEX e SCHTEINGART.
BOHNHOLTZER. Dtsch. Med. Wschr., 68, 26, 1937.
BORSETTI. Annali di Ostetricia e Ginecologia, n. 10, 1938.
BULLOWA-IESSE, ROTHSTEIN, RATISH e HARDE. Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 34, 1936.
CASAZZA. Arch. Istit. Bioch. Ital., n. 1, 1936.
CASTEX e SCHTEINGART. Prensa Médica Argentina, 2, 1937.
CERA. Rivista di Clin. Ped., n. 5, 1939.
CODVELLE, SIMONNET e MORNARD. La Presse Médicale, n. 95, 1938.
COTTI. Policlinico, Sez. Med., n. 3, 1937.
DE BLASI. Ann. Ital. Chir., vol. XVII, n. 1, 1938.
VON DRIGALSKI. Arch. f. Verdauungskrankh., 57, 1, 1935.
EFINGER e GAEHTGENS. Citati da BLASI.
FALK, GEDDA, GÖTHLIN. Upsala Läkar, Förth, H. 1-4, 1932.
GANDER e NIEDERBERGER. Munchener Med. Wschr., n. 51, 1936.
GIROUD. La Presse Médicale, n. 100, 1938.
GÖTHLIN-SKAND. Arch. f. Phys., 61, 225, 1931.
ID. Nord. Med. Tidskr., 4, 225, 1932.
ID. J. lab. a Clin. Med., 18, 484, 1933.
GUNZEL e KROENER. Fortschritte der Therapie, 8, 193[illegible].
HARDE, ROTHSTEIN e RATISCH. Proc. Soc. Exp. Biol. a Med., 32, 1935.
HARRIS, RAY e WARD. Biochemical Journal, n. 6, 2009, 1933.
HEINEMAN. Acta brev. Neerl. Phys., ecc., 6, 1936.
HOCHWALD. Medizinische Klinik, n. 8, 1938.
HULTGREEN. Nord. Med. Tidessk, 1933.
IETTER e BUMBALO. Amer. Journ. Med. Sciences, marzo 1938.
IUSATZ. Zeitschr. f. Immun., n. 5-6, 1936.
LILIENFEL, WRIGHT e MC LENATHEN. Proc. Soc. Exper. Biol. Med., vol. XXXV, ottobre 1936.
LORENZINI. Rassegna Clinico-scientifica, nn. 5-6-7, 1937.
ID. *Teoria delle vitamine*. Pozzi, Ed., Roma, 1925.
ID. Arch. Istit. Bioch. Ital., IX, 123, 1937.
LUCCHETTI. Atti Soc. It. Ost. e Gin., vol. XXXV, n. 1, 1939.
LUCHERINI e CHIEFFI. Assise Ital. di Med. Gen., marzo 1938.
LUNEDEI e GIANNONI. Rivista e Clinica Medica, 12, 13, 14, 15, 1932.
MANGANO. Fisiologia e Medicina, gennaio 1939.
MARTINI e BONSIGNORE. Boll. Soc. Ital. di Biol. Sper., 5, 1934.
MENTZER. Bulletin Médical, n. 35, 1938.
MESSINA e VERCA. Giorn. di Batt. e Imm., dicembre 1937.
MOURIQUAND. Citato da CASTEX e SCHTEINGART.
PLANT e BULOW. Klinische Wschr., pag. 276, 1935.
PORTNOJ e WILKINSON. British Medical Journal, febbr., 1938.
POSARELLI. Policlinico, Sez. Prat., n. 47, 1938.
RICHARD e GORMOR. Citati da CASTEX e SCHTEINGART.
ROCHAIX e MICHEL. Citati da CASTEX e SCHTEINGART.
ROTTER. Nature, 4, 24, 1936.
ROTTER. Wien. Klin. Wschr., 51, 205, 1938.
SCARINCI e MEA. Medicina Infantile, nov. 1938.
SCARTOZZI. Giorn. di Batt. e Imm., dic. 1938.
SCHADE. Citato da BAZZOCCHI.
SCHMEZT. Med. Klinik, n. 51, 1937.
SCHULTZER. Acta Medica Scandinavica, 81, 1934.
SCHUR. Klin. Woch., 8, 213, 1929.
SEIDERHELM e HEINEMANN. Deut. Med. Wschr., 56, 1860, 1930.
SPÖRL e PONGRATZ. Klin. Wschr., XV, 1936.
STEPP, KÜHNAN e SCHRÖDER. Ferdinand Enke Verlag., Stuttgart, 1937.
SZENT-GYORGY. Nature, vol. 81, 1933.
THIELE. Klin. Wschr., vol. 17, n. 5.
VAQUETTE. Citato da LORENZINI.
VIDENBAUER. Klinische Wschr., n. 33, 1936.
VOGL. Munch. Med. Wschr., n. 4, 1937.
WEIL. Bull. S. M. Hôp., Paris, n. 16, 1930.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DEL LITTORIO - ROMA
PADIGLIONE FLAJANI
diretto dal primario prof. CHIASSERINI.

Angioma arterioso e aneurisma cirsoide degli arti superiori.

Dott. GIOVANNI PICARDI, aiuto.

Le neoformazioni di natura vascolare, benchè note fin dall'antichità, sono di studio relativamente recente.

La letteratura è oggi molto ricca di casi e di notevoli osservazioni.

Accenniamo solo al problema etiopatogenetico per dire che è stato molto discusso e su di esso ancora non vi è pieno accordo. A questo proposito basta solo considerare le numerose espressioni introdotte per indicare nei vari casi neoformazioni vascolari che non sempre è stato possibile inquadrare precisamente.

Sono state introdotte anche numerose classificazioni basate alcune, come quella di Muscatello, sui caratteri istologici delle pareti vasali, sul loro volume e sulla presenza e disposizione delle fibre muscolari lisce. Egli infatti distingue gli angiomi in capillari, arteriosi, venosi, cavernosi.

Lubarsch distingue: 1) tumori a scarsa crescita, con differente disposizione degli elementi; 2) angiomi con autonomia di sviluppo; 3) angioblastomi con completa indipendenza e una certa malignità di forme.

Virchow, Ribbert ed altri ammettono senz'altro una natura tumorale, mentre Albrecht, Vernoni li considerano come amartomi.

Fatte queste brevi considerazioni passiamo a riportare un caso di angioma arterioso del muscolo bicipite brachiale sopratutto interessante per la sede che è da ritenere tra le più rare.

Nello stesso tempo riportiamo un caso di aneurisma cirsoide sia perchè esso viene in

molti casi (80 % sec. Kirschner) considerato come insorgente a livello di un angioma rosso, arterioso, e sia perchè offre rilievi interessanti, qualcuno dei quali può anche illuminare il problema etiopatogenetico.

Angioma arterioso. — Anmnesi. A. P., donna di anni 35. Maritata con prole sana. Non aborti. Mestruazioni dolorose da tre anni; secrezione vaginale biancastra.

Nel 1929 subì intervento chirurgico per cisti ovarica.

Nel 1932 eresipela alla faccia.

Sin dal 1926 ha notato la presenza di una tumefazione ovoidale al braccio sinistro, insorta spontaneamente e che è andata a mano a mano aumentando di volume sino a raggiungere quello di un piccolo limone all'epoca dell'osservazione (1936).

Nel mese di luglio dal 1936 fu praticato intervento chirurgico incompleto.

Subiettivamente la paziente avvertiva negli ultimi tempi delle parestesie lungo il territorio di distribuzione nel nervo ulnare.

Esame obiettivo. — Condizioni generali di nutrizione e sanguificazione buone. Bocca: lingua, fauci normali.

Sviluppo scheletrico e muscolare regolare; apparato linfoghiandolare normale.

Torace: simmetrico, mobile. Alla percussione suono chiaro su tutto l'ambito; all'ascoltazione respiro vescicolare normale.

Cuore: nei limiti; toni netti.

Addome: di forma e volume normale. Organi ipocondriaci nei limiti.

Reni: non si palpano.

Sistema nervoso: in ordine.

Arto superiore sinistro. — In corrispondenza del braccio sinistro, sulla faccia anteriore e nella metà interna si osserva una tumefazione della grandezza di un piccolo limone, ovoidale, a grande asse parallelo a quello del braccio, pulsante, ricoperta da cute con evidente reticolo venoso e che presenta verso la parte affatto interna cicatrice operatoria parallela al maggiore asse della tumefazione.

Tale tumefazione non si modifica per cambiamenti di posizione dell'arto. La cute soprastante è spostabile. La consistenza è elastica, la superficie granulosa, i limiti indistinti. La tumefazione si presenta indolente alla palpazione e fissa ai piani profondi e tale fissità aumenta invitando la paziente a contrarre i muscoli del braccio; è inoltre riducibile, ma la riducibilità scompare appena si esaurisce la compressione.

Inoltre si apprezza con la palpazione un fremito continuo con rinforzo sistolico.

All'ascoltazione soffio continuo con rinforzo sistolico.

Polso radiale uguale a destra e a sinistra.

Pressione arteriosa Mx. 110 - Mn. 70; R. W.: negativa.

Esame urine: negativo.

Si decide di escidere chirurgicamente la neoformazione e l'operazione viene eseguita il 28 ottobre 1936 (prof. Chiasserini).

E. N. regolare. Incisione sul lato interno doccia bicipitale sinistra con escissione della vecchia cicatrice.

Scopertura dell'arteria ascellare attorno a cui si passa un laccio di gomma per chiusura temporanea.

Graduale mobilizzazione della tumefaziore pulsante che ha sede nel muscolo bicipite e che risulta essere un angioma arterioso. Si escide la tumefazione, che occupa la parte anteriore e i 2/3 distali del ventre muscolare.

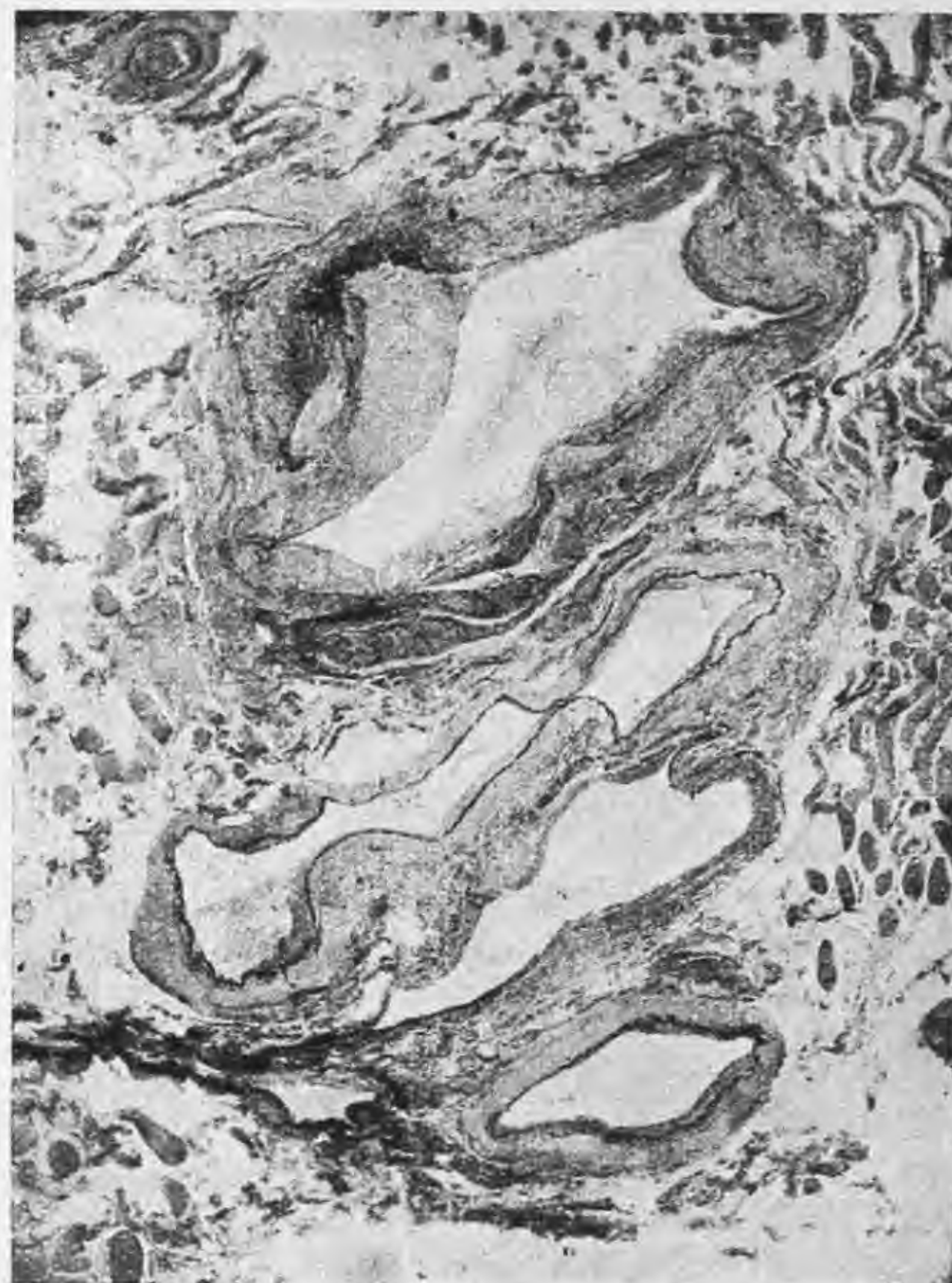
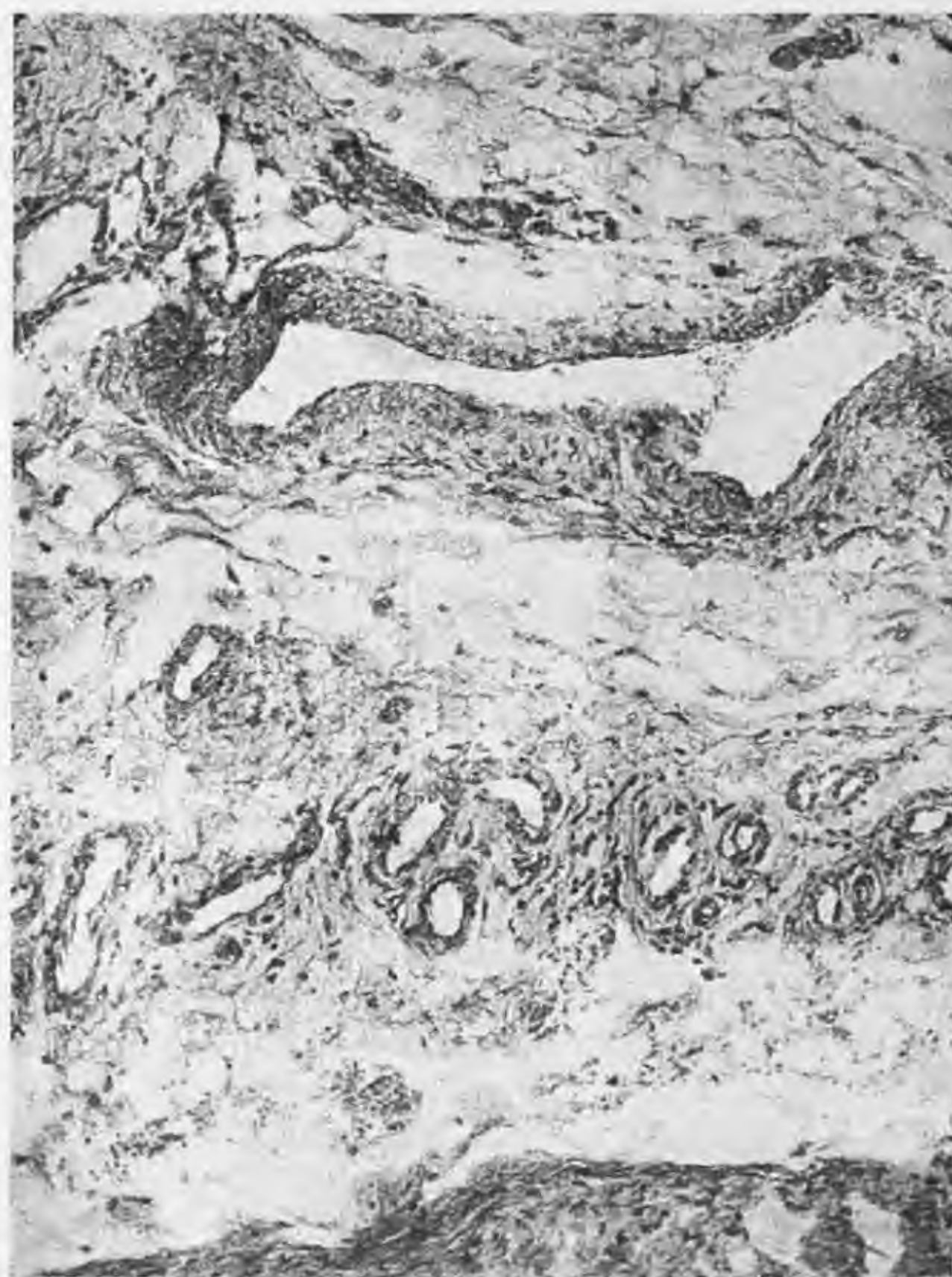



FIG. 1. — Vasi arteriosi.

FIG. 2. — Ricchezza di capillari.

(L'emorragia ha i caratteri dell'emorragia arteriosa). Emostasi accurata. Ricostituzione con sutura a strati.

Vengono allestiti dei preparati istologici del pezzo asportato. In essi si vedono (fig. 1) in un tessuto costituito da connettivo piuttosto lasso intercalato da numerose fibre muscolari a tipo striato, delle grosse lacune vasali dal contorno irregolare e grossolanamente festonato. Nelle loro pareti si seguono successivamente dal centro verso la periferia uno strato intimale, una membrana limitante elastica completa e poi uno strato muscolare che per spessore è pressochè 4 o 5 volte maggiore degli strati precedentemente descritti. Il tutto è avvolto da uno strato avventiziale che si confonde con il connettivo lasso suddescritto. Tali vasi dimostrano una struttura come quella delle arterie. Nel connettivo circostante esistono numerosi altri vasellini.

Le fibre muscolari appaiono alquanto dissociate le une dalle altre, ma senza fenomeni degenerativi.

In altro punto (fig. 2) si nota ricchezza di capillari di varie dimensioni con parete endoteliale e avvolti da un connettivo alquanto più stipato.

Questa struttura istologica richiama perfettamente quella attribuita agli angiomi in cui è tipica la presenza di capillari in vario stato di sviluppo. Importantissima ancora è la dissociazione delle fibre muscolari che si osserva nel nostro caso.

È noto infatti che l'angioma tende ad invadere gli organi vicini e nei muscoli si arriva finanche alla scomparsa delle fibre muscolari, progressivamente atrofizzate.

La presenza poi di vasi con i caratteri delle arterie insieme all'osservazione operatoria dell'emorragia a tipo arterioso autorizza a formulare la diagnosi di angioma arterioso.

Questo caso presenta un discreto interesse innanzi tutto per la sede dell'angioma nel muscolo bicipite brachiale, sede certo non frequente se si tiene conto che quella abituale è data dalla pelle e dal cellulare sottocutaneo.

Nella letteratura figurano molti casi di angioma a sede muscolare (gran pettorale, soleo) e tuttavia vengono considerati rari. La sede nel muscolo bicipite quindi se non del tutto eccezionale è certo rarissima (casi di Cuneo, Cruvelhier).

Inoltre i dati anamnestici dimostrano l'accrescimento progressivo con invasione sempre maggiore dei territori vicini e possibilità di compromissione di organi diversi — in questo caso sono state avvertite dalla paziente delle parestesie.

Dal punto di vista diagnostico bisogna rilevare che i dati obiettivi potevano far pensare anche all'aneurisma cirsoide, ma la mancanza assoluta di disturbi trofici e l'evoluzione del tumore rendevano molto dubbia la diagnosi.

I dati operatori — emorragia arteriosa — e istologici, fanno senz'altro classificare questo caso tra gli angiomi a circolazione attiva, cioè arteriosi (Broca).

Infine sulla terapia bisogna dire, di accordo con la maggioranza degli autori, che la terapia chirurgica con l'asportazione del tumore è l'unica efficace ed è quella che dà le maggiori probabilità di successo definitivo come nel caso nostro in cui la paziente è perfettamente guarita e sta tuttora bene.

Aneurisma cirsoide. — Anamnesi. M. N. uomo anni 17, negoziante.

Anamnesi familiare negativa.

Polmonite a 8 anni. Null'altro nell'anamnesi remota.

Viene in ospedale perchè ha riportato una piccola escoriazione all'indice destro da cui ha avuto origine una emorragia che è durata per qualche ora.

Esame obiettivo: condizioni generali di nutrizione e sanguificazione buone.

Torace: negativo.

Cuore: negativo.

Addome: negativo.

Sistema nervoso: in ordine.

Arto superiore destro: All'ispezione si osserva in corrispondenza del braccio e avambraccio evidente reticolo venoso; l'avambraccio appare più voluminoso e più lungo di quello di sinistra, anche l'eminenza tenare dimostra un volume maggiore di quella di sinistra e la cute su di essa presenta un colorito bluastro.

Facendo portare l'arto in posizione di elevazione il volume dell'eminenza tenare si riduce leggermente. Non si notano pulsazioni.

Alla palpazione, specialmente in corrispondenza del polso e dell'eminenza tenare, si apprezza pulsazione espansiva ed una vibrazione continua con rinforzo sistolico. Iperidrosi della mano. La compressione fa ridurre il volume nella zona di pressione e solo per la durata di questa.

All'ascoltazione soffio continuo con rinforzo sistolico. La misurazione dà diametro dell'avambraccio superiore a quello di sinistra, e la lunghezza maggiore di 3 centimetri.

Temperatura cutanea: (misurata col dermatermo di Tyco):

Avambraccio destro III sup. 31°,5, sinistro 28°,6;

Avambraccio destro III inf. 32°,6, sinistro 30°,7;

Dorso mano destra 33°, sinistro 30°,2;

Palmo mano destra 32°,8, sinistro 30°,7;

Pollice destro 32°, sinistro 27°.

R. W.: negativa. Pressione: Mx 150, mn. 80, a destra, e a sinistra Mx. 100 mn. 65.

Oscillometria a destra 5°, a sinistra 2°.

Esame urine: negativo.

Esame radiografico:

L'arto superiore destro nei confronti con i metameri omologhi dell'altro lato presenta i segmenti più lunghi; in particolare le falangi sono maggiormente sviluppate e da questo lato si nota la precoce saldatura dell'epifisi con scomparsa delle linee di coniugazione ancora presenti a sinistra.

Coll'esame radiografico dei piedi non si apprezzano asimmetrie nè alterazioni di sviluppo, bilateralmente.

Per rendersi esatto conto dei rapporti della formazione vascolare in esame con i vasi normali

dell'avambraccio e per studiare la sua effettiva estensione ed il territorio da essa invaso, ai fini di una terapia attiva chirurgica, abbiamo proceduto all'esame arteriografico.

Infatti con l'arteriografia eseguita secondo al- cmc. di uroselectan, in due volte. Gli arterio- nere, nell'istante di esecuzione del radiogramma, la presenza di sostanza opaca nella concentrazione sufficiente nei vasi del territorio in esame, si può seguire l'andamento di questi in modo perfetto.

Arteriografia. In anestesia locale si scopre l'arteria omerale destra al gomito, la si solleva con un laccio, e vi si iniettano verso la periferia 35 cmc. di uroselectan, in due volte. Gli arteriogrammi dimostrano: le arterie dell'avambraccio appaiono più grandi che di norma; tale aumento è specialmente a carico dell'arteria ulnare il cui calibro è quasi uguale a quella dell'arteria radiale. In corrispondenza del palmo della mano — nei 2/3 radiali — le terminazioni arteriose sono grandi e presentano numerose e piccole dilatazioni aneurismatiche dalle quali ha inizio un abbondante reticolo venoso molto sviluppato e con rami molto grandi che confluiscono a formare la vena radiale che è di grande calibro (fig. 3 e 4).

FIG. 3. — Arteriografia: aneurisma cirsoide.

La comunicazione artero-venosa attraverso un abbondante groviglio di rami si compie in grande prevalenza tra il territorio arterioso ed il territorio venoso tributario della vena radiale, infatti mentre si ha subito l'immagine della vena radiale non si nota quella della vena ulnare.

Oltre l'aspetto interessantissimo delle alterarazioni vascolari; ricchezza di vasi, dilatazione aneurismatica delle terminazioni arteriose, l'arteriografia ci dimostra il netto sviluppo dell'aneurisma in corrispondenza di 2/3 esterni del palmo della mano.

Edotti della forma, sede ed estensione dell'aneurisma è stato preso in considerazione il trattamento e, diciamo subito, quello di scelta che è il chirurgico con exeresi del tumore. Il trattamento detto conservatore (ignipuntura, coagulazione, iniezione di sostanze trombosanti ecc.) dà risultati incompleti, mentre il trattamento stesso richiede lunga applicazione.

L'exeresi chirurgica precoce ed ampia è quella che dà le maggiori probabilità di successi; la precocità deve combattere il progredire fatale dell'affezione e le sue conseguenze, e l'asportazione sopprimere il cirsoide in evoluzione.

FIG. 4. — Arteriografia: aneurisma cirsoide, sviluppo falangi con saldatura della loro epifisi.

L'esperienza dimostra che anche se l'asportazione non è stata del tutto completa si osserva il regredire delle dilatazioni vasali residue.

Operazione 11 marzo 1939 (prof. Chiasserini).

Etero narcosi endotracheale.

Emostasi preventiva con fascia di Esmarch. Ampia incisione a lembo sul palmo della mano destra, verso il lato radiale.

L'incisione è successivamente prolungata da un lato sul versante radiale del polso, dall'altro sulla faccia palmare dell'indice. Si comincia coll'allacciare l'arteria radiale al polso. Essa appare notevolmente ingrandita. Si allacciano successivamente o si escidono, gruppi vascolari numerosi soprattutto al palmo della mano. Essi formano da un lato un tessuto di aspetto cavernoso mescolato a grasso, aderente alla cute, dall'altro sono disposti in senso approssimativamente longitudinale lungo i tendini flessori e i nervi collaterali delle dita. Completata l'emostasi si toglie la fascia di Esmarch e si allacciano ancora parecchi vasi dai quali geme sangue. Dopo di che si procede alla sutura della pelle con punti staccati di seta.

A seguito dell'intervento si è verificata una parziale e superficiale necrosi del lembo e della

cute della falange ungueale del II dito, nonostante la ricca vascolarizzazione del territorio in cui l'intervento è caduto.

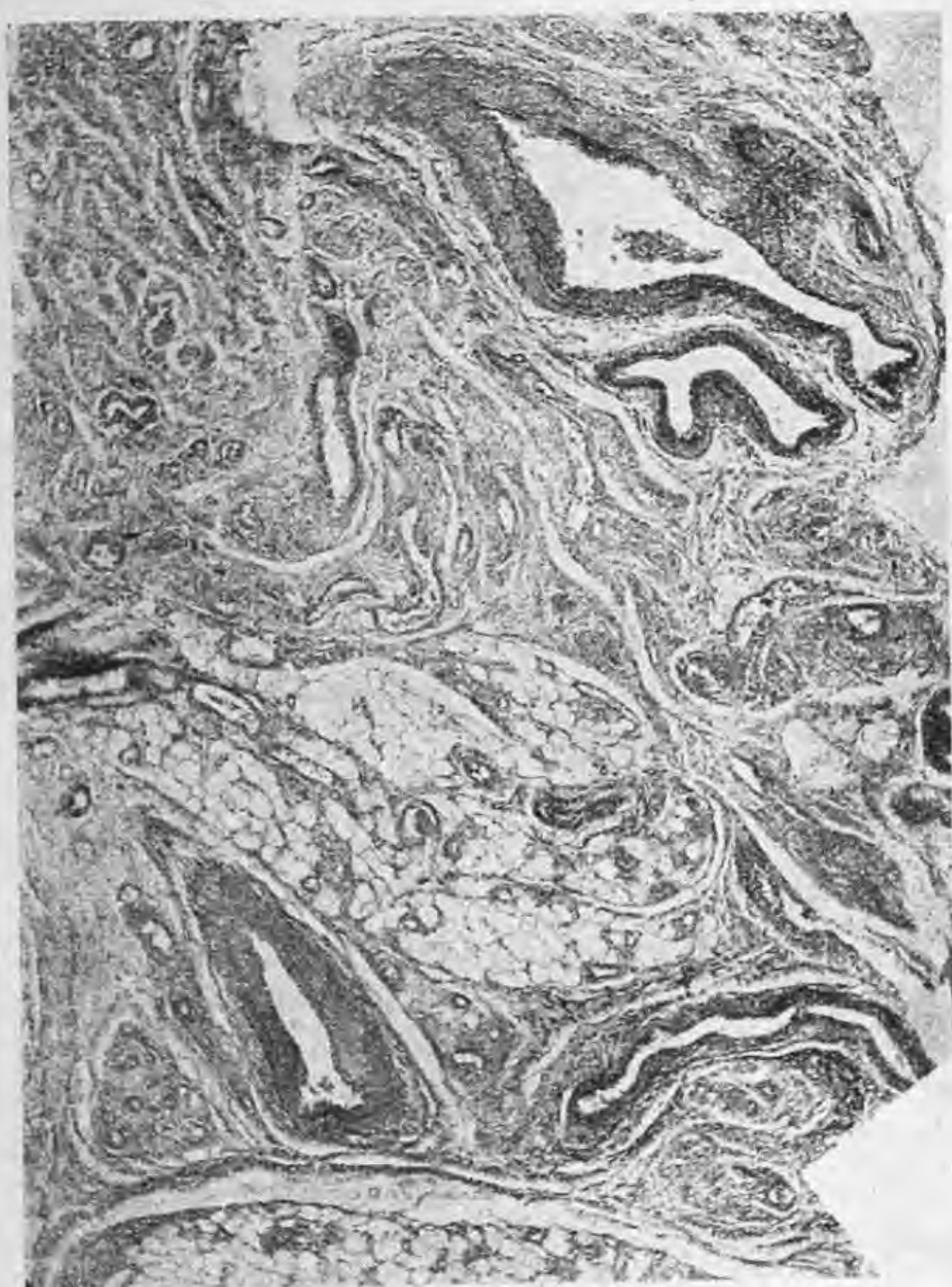



FIG. 5. — Capillari, vene, arterie in tessuto grasso e connettivale ricco di fibre elastiche.

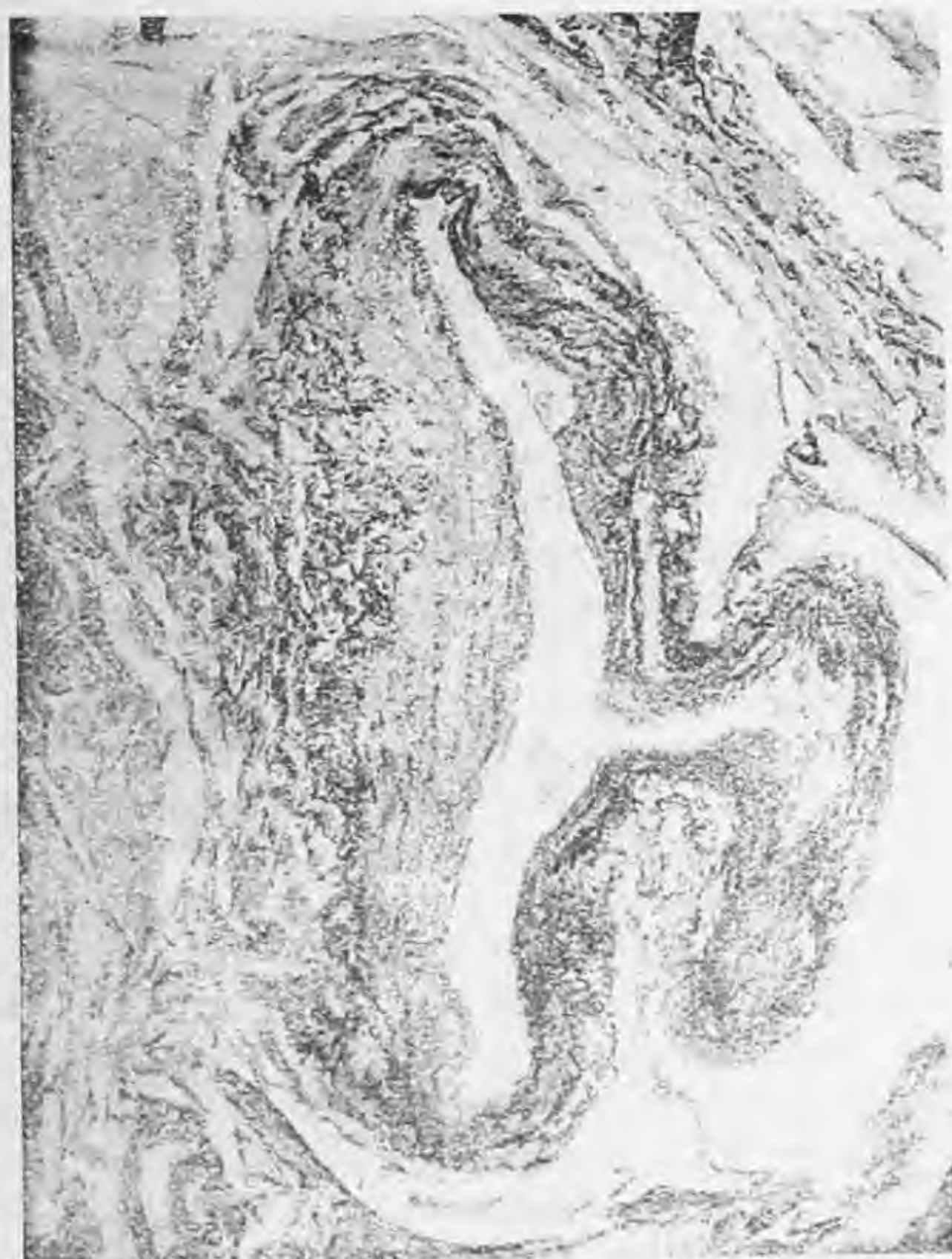



FIG. 6. — Comunicazione diretta tra vaso arterioso e vaso venoso.

I segni obiettivi locali sono cessati e l'intervento può considerarsi riuscito efficace.

Si allestiscono dei preparati istologici dei pezzi asportati che dimostrano (fig 5) un tessuto grassoso in parte connettivale ricco di fibre elastiche che costituisce un fine reticolo che si addensa attorno ai lumi vasali. La maggioranza di questi lumi vasali sono circondati da parete endoteliale (capillari); in altri appare anche una tunica muscolare, ma manca una limitante interna (vene). In altri appare una struttura elastica retta come nelle arterie.

Nella fig. 6 si vedono due vasi di calibro molto differente di cui il maggiore presenta le caratteristiche dei vasi venosi, mentre il minore quelle dei vasi arteriosi e contiene emazie nel suo lume. Questi due vasi hanno una netta comunicazione tra loro nella parete della quale si prolungano nettamente le fibre elastiche del vaso arterioso.

Da quanto esposto, l'esame istologico dimostra una vistosa ricchezza di formazioni vascolari sia per il numero che per la varietà (capillari, vasi a carattere venoso, vasi a carattere arterioso) ed aspetto — spesso si trova lume irregolare in questi vasi —. Fatto molto importante che è dato osservare spesso in queste forme è la presenza di fibre elastiche, in seno al tessuto adiposo che ospita l'aneurisma.

Inoltre (fig. 6) è dato osservare la comunicazione diretta tra vasi arteriosi e vasi venosi che è caratteristica e molto dimostrativa.

Questo caso di aneurisma cirsoide si presta a rilievi interessanti.

Poco vi è da dire sulla sede che rappresenta una di quelle più frequenti di tale affezione.

Sono interessanti invece alcuni dati anamnestici, l'età del soggetto, alcune manifestazioni trofiche e di accrescimento, i dati radiologici e arteriografici e i dati istologici.

Infatti notiamo che l'osservazione è stata del tutto fortuita e l'occasione è stata fornita da una piccola lesione che il paziente aveva riportato all'indice destro e che fu causa di emorragia sproporzionata alla sua entità. Inoltre l'età giovanile del soggetto ci rende ragione delle modificazioni di accrescimento, — secondo i rilievi recentemente fatti anche da Reid e Mc Guire — nel senso di una accentuazione dei segmenti ossei prossimi alla neoformazione.

Queste infatti vengono illustrate dall'esame radiografico che dimostra una maggiore lunghezza ed un maggiore sviluppo specie a carico delle falangi dove si nota una precoce saldatura delle epifisi con scomparsa delle linee di coniugazione presenti a sinistra.

L'iperidrosi cutanea è un'altra espressione delle modificazioni del trofismo.

L'arteriografia dimostra in maniera evidentissima i rapporti della neoformazione col territorio vascolare normale dell'arto e la ricchezza delle piccole dilatazioni aneurismatiche dalle quali ha inizio un abbondante reticolo venoso conforta l'ipotesi di coloro che ritengono l'aneurisma cirsoide un complesso di alterazioni vasali puramente meccaniche secondarie alla formazione di aneurismi artero-venosi multipli periferici.

Il reperto istologico dà infine un quadro abbastanza dimostrativo delle alterazioni vascolari nel territorio invaso.

Dal punto di vista della terapia concludiamo, con la maggioranza degli AA., che l'exeresi chirurgica è l'unica efficace.

RIASSUNTO.

Illustrazione di un caso di angioma arterioso e di aneurisma cirsoide degli arti superiori con dati operatori, anatomoistologici.

BIBLIOGRAFIA.

ALBANESE. *Angioblastoma cavernoso diffuso dei muscoli flessori dell'avambraccio.* Ann. It. Chir., vol. IX, 1930.

ALESSANDRI. *Un caso di angioma cavernoso del muscolo trapezio.* Pol. Sez. Prat. 1904, XI.

ANGELELLI. *Angiomi cavernosi primitivi dei muscoli.* Ann. It. Chir., 1925.

AUDRY et CH. *Angiome profond de la totalité du membre supérieur gauche. Examen de la pièce.* Arch. Prov. de Chir. 1892.

BASSET A. *Anéurysme artério-vein. traumatique des vaissemax fénoreaux Quaduplelig. guér.* — Mem. Acad. Chir. 64, 1938.

BELUFFICEONIDA E. *Sull'anemisma cirsoide.* Roma Vol. It. Chir., 1937, n. 5, p. 221-245.

BIASINI A. *Angiocavernona recidivo dal m. sternoclédomastoideo (Studio clinico, suntistologico e interpretazioni patogenetica.* Ann. It. chir. 16, 1937.

CECONI M. *Voluminoso an. cirsoideo artero-venoso natica D.* Atti a Num. Soc. lomb. Chir., 5, 1937.

CORTESE. *Emangioma primitivo del m. tricipite brachiale.* Riv. San. Siciliana, n. 18, 1928.

CUNEO. *Angioma circumscriptos de los muscolos striados biceps braquial derecho.* Prensa medica Argentina, n. 28, 1925.

EGIDI. *Sulla angectasia degli arti superiori.* Vol. Sez. Chir., 1910.

HAHN. *Angioma arteriosus racemosum.* Zbl. f. Chir. 1938.

JEANNENEY et SOUBIRAN. *Aneurisme artério-véineux des vaisseaux tibiaux postérieus.* Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud Ouest n. 25, 1938.

LUZZATTO FEGIZ G. *Aneurisma arterio-venoso parete toracica consecutivo a toracentesi per empiema tubercolare.* Ann. Ist. Carlo Forlanini, Roma, 1937.

MARGARUCCI. *Sull'angioma primitivo dei muscoli volontari.* Pol. Sez. Chir., n. 12, 1902.

PORTER e WILLIAM B. *Differential diagnosis of traumatici aneurysm and arteriovenous fistula.* Amer. J. med. Sc., 196, 1938.

PUUSEPP LUDWIG (Estonia). *Sul problema dell'angioma arterioso cerebrale. Aneurisma cirsoideo.* Ferrara, Giorn. Psich. e Neurop., 1935.

RAGNOTTI. Arch. It. Chir., 46, 1937.

M. R. REID e I. MC GUIRE. *Aneurismi arteriovenosi.* Ann. of surg., vol. 108, n. 4, ott. 1938.

RICCI G. *Emangioma cavernoso diffuso primitivo del muscolo tricips surae.*

WEAVER JAMES B. *Hemangiomata of the lower extremities. With special reference to those of the knee-joint capsule and the phenomenon of spontaneous obliteration.* J. Bone Surg., 20, 1938.

SUNTI E RASSEGNE

RICAMBIO.

Problemi dell'obesità.

(E. GRAFE, *Scientia*, gennaio 1940).

Nessun dubbio che l'obesità è venuta aumentando nel corso degli ultimi due decenni, non ostante la grande diffusione degli sport e l'imposizione della « linea » da parte della moda. Cause principali di tale aumento sono il fatto che molti raggiungono le età più avanzate in cui l'O. tende maggiormente a manifestarsi e l'aumento del benessere e quindi della nutrizione da parte di una maggior massa di popolazione. Si calcola che, negli ultimi 25 anni, l'O. è aumentata del 30-40 % in confronto del periodo prebellico. Durante la guerra, in Germania, non solo non si vedeva O., ma l'A. ha persino osservato perdite di peso di 75-90 Kg.; indubbiamente, vi ha influito la mancanza non soltanto di grassi, ma anche di altri principî alimentari. Ma 10 anni dopo la guerra, l'O. era frequente come prima.

Negli ambienti profani, l'O. ed i suoi effetti deleterî non sono di solito giustamente valutati; tanto meno, poi, da parte degli obesi stessi, che sono generalmente ottimisti e flemmatici ed incominciano a prendere sul serio la loro situazione quando si iniziano la dispnea e la diminuzione di efficienza lavorativa.

Più raramente degli altri, gli obesi raggiungono l'età avanzata; a partire da 30 anni, è triplice in confronto dei grassi il numero dei magri o dei normali che raggiungono gli 80 anni. Le statistiche delle grandi società di assicurazione degli S.U.A. dimostrano che l'obeso muore generalmente 7 anni prima del magro o del normale; la causa va ricercata in una più precoce comparsa di gravi malattie circolatorie o renali, nel sovraccarico e nella diminuita resistenza contro le infezioni, oltre ad altri momenti eventuali, come gli atti operatori.

La genesi dell'O. non offre difficoltà da parte del profano, il quale osserva che spesso gli obesi sono grandi mangiatori e forti bevitori. È un fatto che anche i carboidrati e le proteine in eccesso possono trasformarsi in grasso; ma l'osservazione sopra citata è troppo superficiale e fa, del resto, sorgere altre questioni: perchè i grassi mangiano molto? quale significato ha la tara ereditaria spesso esistente? perchè l'O. si presenta di preferenza nell'età media od avanzata? perchè soltanto una parte dei grandi mangiatori diventa obesa? come mai della gente che pure non mangia molto diventa grassa talora anche in età giovanile?

L'individuo normale possiede nel senso di fame, di sede e di sazietà una capacità regolativa a meccanismo molto fine, che mantiene

costante lo stato di nutrizione normale. Partecipano a tale meccanismo gli organi digerenti, il sangue, il sistema nervoso e probabilmente anche altri organi. È evidente che, in molti grandi mangiatori, manca qualche cosa a tale processo di regolazione. In fondo, si tratta di qualche anomalia del senso di sazietà (Disorexia di Umber), oppure è aumentato il senso di bisogno (iperappetenza). In molti forti mangiatori, che mangiano in fretta, entrano in gioco anche l'imitazione, le cattive abitudini od un puro godimento nel mangiare; accade allora spesso che il senso di sazietà arriva troppo tardi o non viene avvertito affatto. Trattasi, comunque, di certe modificazione della psiche o del sistema nervoso-vegetativo, quindi, di deviazione dalla norma in cui interviene un fattore ereditario non bene analizzabile.

L'eccesso nel mangiare da solo non è sempre sufficiente a produrre l'O.; anche dalle osservazioni dei profani risulta che vi sono dei forti mangiatori che non ingrassano affatto, mentre il loro vicino di tavola, consumando soltanto una frazione del vitto di quelli, diventa sempre più grasso. Risulta dalle minuziose ricerche di Neumann che il peso del corpo può mantenersi in equilibrio con delle diete che differiscono del 25 % l'una dall'altra. L'organismo sano deve, pertanto, possedere dei meccanismi di difesa contro l'O., il che può ottenersi, sia con una cattiva utilizzazione intestinale con perdita per le feci, sia con un aumento di combustione. Nessun dubbio che, aumentando l'apporto di materiali nutritivi, la loro utilizzazione che è del 90-95 % diminuisce, pur senza determinare diarree od altri disturbi intestinali; ma le quantità che così si possono perdere sono troppo scarse per impedire un'O.

La maggior parte dell'eccesso nell'apporto deve quindi venire ossidata e questo può avvenire mediante aumento dei movimenti, od altre cause diverse difficilmente controllabili; ma soprattutto per un elevato metabolismo basale, oppure (ciò che ha un maggior peso) per una reazione strordinariamente forte all'introduzione di alimenti.

Grafe ha introdotto il concetto del « consumo di lusso », che la fisiologia classica riteneva impossibile; recenti ricerche non ancora pubblicate hanno dimostrato che, con l'iniezione endovenosa di glucosio nel cane, si ha un aumento delle combustioni che arriva a tre volte la norma; analogamente accade per gli aminoacidi. L'A. ha pure dimostrato, una ventina d'anni or sono, che tale aumento di combustione è connesso anzitutto alla presenza della tiroide e, secondariamente, a quella delle gonadi; probabilmente ha importanza anche la ipofisi, che però non è ancora stata studiata sistematicamente sotto questo punto.

È evidente che gli individui che non hanno tale disposizione al « consumo di lusso » tendano necessariamente a diventare grassi con l'iperalimentazione. Interviene probabilmente anche un altro fattore. Achelis ha dimostrato per i piccoli animali che, con l'aumento in calorie e proteine nella nutrizione, aumenta pure la motilità degli animali. È possibile che le variazioni di tale fattore, indipendente dal « consumo di lusso », ma messo in moto in via riflessa al pari di esso, agiscano anche nell'uomo, come reazione all'ipernutrizione.

Massime sono le difficoltà per comprendere l'O. endogena o costituzionale. Trattasi di individui in cui non esiste un'ipernutrizione, che ingrassano già con una dieta normale, spesso in giovane età, alla pubertà od anche prima. Esistono di solito disturbi della secrezione interna, ma vi è anche una deficienza nella capacità del « consumo di lusso ». Anche in questi casi, si tratta pur sempre di un problema energetico; ingrassa sempre quegli in cui l'introduzione di calorie è maggiore che il consumo totale. Anche l'apporto di liquidi ha importanza, sia perchè l'organismo dell'obeso possiede in alto grado la capacità di ritenzione di acqua, sia per la stessa tendenza idrofila del grasso.

Per gli individui che ingrassano non ostante una dieta normale o sotto la normale, si deve ammettere che agisca un meccanismo di risparmio; ma le ricerche fatte in proposito non hanno dato risultati concreti. In una piccola percentuale (3-5 %) il metabolismo basale inferiore è alla norma, ma in altri, invece (10 %) è superiore. Il meccanismo del risparmio va quindi ricercato altrove; in qualche caso lo si trova nello scarso movimento od in disturbi della regolazione del calore; comunque, nella maggior parte dei casi, non si può dimostrare una diminuzione del consumo energetico. Non bisogna però dimenticare che l'O. è una malattia cronica e che bastano piccole quantità di calorie praticamente non determinabili risparmiate giornalmente per dare un accumulo elevato alla fine di un anno. L'impossibilità di dimostrare il fatto con i metodi attuali di laboratorio non esclude che l'O. sia sempre connessa con un problema energetico.

La questione che si presenta è quella di sapere se le considerazioni energetiche siano sufficienti per spiegare tutto od, invece, si debbano ammettere delle particolarità del ricambio nell'organismo dell'obeso. Il fisiologo tende ad ammettere la prima ipotesi e negare la seconda. Ma il clinico, che vede svariate forme e diversi sviluppi dell'O., tende ad ammettere che qualche disturbo speciale esista nel ricambio del grasso in questi pazienti. Si parla di tendenza lipofila, per cui l'obeso forma più facilmente il grasso e lo distrugge più difficilmente che il normale; in tal modo, il problema si sposta verso il ricambio intermedio.

Comunque, le anomalie non sono in senso

qualitativo, ma quantitativo. Però, anche questo non è stato dimostrato; le ricerche già fatte sulla chetonemia (il più fine indicatore della combustione dei grassi) non sono attendibili, perchè eseguite con metodi non sicuri ed in condizioni non adatte. Quelle più recenti, eseguite rigorosamente nella Clinica neuropatologica di Würzburg diretta dall'A., hanno dimostrato che non si può parlare di diminuita o rallentata combustione di grassi nell'obeso.

Anche la formazione di grasso da altri principî alimentari, come i carboidrati, non risulta avvenga in modo diverso negli obesi dai normali. In complesso, si può dire che non è stato finora possibile trovare nei grassi nè una diminuzione della combustione dei grassi, nè una più difficile distruzione; se anche queste esistono, sono così minime da sfuggire alle analisi nei brevi periodi in cui si studia il ricambio di questi pazienti. Ma, come si è accennato, bastano minimi aumenti quotidiani in una malattia così spiccatamente cronica come è l'O. per determinare notevoli aumenti di peso. È desiderabile che prosegua lo studio sul ricambio intermediario, che potrà gettare qualche luce sul problema dell'O.

Un altro problema che si presenta è quello della ripartizione dei depositi di grasso; esiste una certa differenza nell'ordine di frequenza di tali depositi, secondo la genesi dell'O., ma non nel senso di una regolarità costante, come si ammetteva un tempo. In generale, si può dire che l'accumulo si fa preferibilmente nei territori a scarsa motilità, ma si deve indubbiamente ammettere che vi sono regioni a tendenza lipofila autoctona.

Un altro grande problema tuttora insoluto è quello del fattore ereditario-costituzionale. Ma, come si è visto, molti sono i problemi dell'O. che sono non soltanto insoluti, ma per i quali non si vede quale via battere per arrivare a comprenderli bene.

Questa deficienza nelle nostre conoscenze sulle cause e la genesi non incide sulla terapia, alla quale arriderà sempre il successo se essa mirerà a diminuire le entrate e ad aumentare i consumi, con radicali cambiamenti nelle abitudini del mangiare e nel sistema di vita; occorre però che il malato abbia una ferma volontà ed in pazienza costante.

fil.

TERAPIA.

Uso e abuso dei prodotti del gruppo sulfonamidico.

(L. E. H. WHITBY. *Practitioner*, genn. 1940).

Un vasto contributo clinico è venuto a comprovare l'esperimento sugli animali per quanto riguarda l'efficacia di questi rimedi in certe infezioni batteriche. L'esperimento sugli animali aveva fissato la specificità del rimedio ed il tipo di germe contro cui esso era attivo.

L'esperimento clinico è stato molto più vasto ed ha determinato un entusiasmo, che può essere in qualche caso dannoso. Da un punto di vista ideale, i casi di malattia nell'uomo richiederebbero dapprima un controllo batteriologico per vedere se si tratta di un germe contro cui tale tipo di rimedio è attivo; ma è evidente che ciò non è possibile. Lo si applica quindi con una larghezza che spesso è eccessiva, il che non può essere del tutto riprovevole. Quello che, invece, va condannato è il continuarne l'uso quando, dopo un periodo di pochi giorni, non se ne vede nessun effetto; la continuazione del trattamento, di fatto, può essere dannosa.

La prudenza, quindi, più che nella prescrizione sul principio di malattia, va esercitata nella continuazione; all'inizio, anzi, la prudenza non deve essere esagerata, perchè le dosi troppo piccole sono inefficaci. D'altra parte, poi, in considerazione della grande efficacia del rimedio per le infezioni per cui è specifico e tenuto conto dell'ubiquità dello streptocco emolitico, si può tendere a somministrare il rimedio stesso in qualunque affezione febbrile, senza curarsi troppo di fare subito una diagnosi.

Si racconta, a tale riguardo, la storiella di un interno ospedaliero agli Stati Uniti A., il quale riferiva che il suo sistema era quello di somministrare il rimedio in tutti i malati al momento dell'ammissione e, soltanto se non erano guariti dopo tre giorni, procedeva all'esame obbiettivo. La storiella, dato il paese di origine, può essere leggermente esagerata, ma serve a mettere in evidenza un punto di vista ed a ricordarci che vi sono delle altre cause di febbre diverse dagli streptococchi emolitici, pneumococchi, *B. coli* e vanno tenuti in considerazione per la terapia sulfonamidica; ed anche in queste infezioni, il trattamento va fatto secondo determinati principi se si vogliono ottenere i migliori effetti ed evitare i disastri, che sono fortemente rari.

La sulfanilamide è una sostanza semplice, che non può essere brevettata, il che non toglie che essa venga spacciata sotto diversi nomi commerciali (anche in Italia, le varie ditte produttrici si sono sbizzarrite a mettere nomi diversi, il che non fa che ingenerare confusione). La diversità dei nomi non implica diversità di composizione o di azione, sicchè è inutile cambiare il prodotto se col primo non si è ottenuto l'effetto.

L'attività del prodotto si manifesta nei germi sopra menzionati; per il pneumococco, però, è limitata al tipo III, mentre invece i prodotti del tipo sulfapiridina sono attivi contro tutti i tipi. L'attività e la tossicità dei diversi prodotti commerciali presentano qualche differenza.

Regole per l'uso. In linea generale, le infezioni acute sono più suscettibili che le croniche al trattamento, che deve essere iniziato

al più presto, forse con la sola eccezione della blenorragia, per cui un certo ritardo nel trattamento sembra vantaggioso. Si deve tener presente che questi prodotti non possono fare scomparire una raccolta di pus *bonum et laudabile*, in quanto che essi non sono attivi contro i germi contenuti nel pus. Un empiema od una ghiandola cervicale suppurante non scompariranno fino a che non si interverrà chirurgicamente; il che non toglie che, una volta stabilito il drenaggio, questi rimedi aiutino la guarigione.

Per ottenere il successo, è necessario ottenere e mantenere una concentrazione efficace del rimedio nel sangue. La somministrazione ogni 4 ore è sufficiente nella media dei casi; poichè il rimedio viene rapidamente eliminato, non dovrà sospendersi la somministrazione durante la notte, altrimenti la concentrazione nel sangue discende troppo in basso. Come si è accennato sopra, è ormai provato che se il rimedio è efficace lo è subito; quindi, non vi è nessuna giustificazione di continuarlo oltre 5-7 giorni, se non se ne vedono effetti. Ma se questi vi sono, esso va continuato per un periodo di 10-14 giorni; dopo questi, è opportuno sospenderlo per un paio di giorni per liberare l'organismo e riprenderlo poi nuovamente per un altro periodo. Il continuare vari periodi di somministrazione porta il pericolo di agranulocitosi. Quando si è ottenuto il pieno effetto clinico, come si può giudicare dalla temperatura, si daranno ancora delle dosi lievi per altri due giorni allo scopo di prevenire una recrudescenza.

Va altresì tenuto presente l'effetto profilattico del rimedio. È noto che esso non ha azione sui virus filtrabili, come p. es., per l'influenza; ma esso ha, invece, un valore incalcolabile sulle infezioni cocciche secondarie, che sono una complicazione comune della malattia primaria. Di regola, non è giusto il prescrivere abitudinariamente i composti sulfonamidici nell'influenza; ma tenendo ben sorvegliato il paziente, si daranno, invece, al primo apparire di un'infezione repiratoria. Errata, invece, è l'abitudine di alcuni di dare delle piccole dosi ad ogni caso sospetto d'influenza, con l'idea di prevenire l'infezione secondaria. È questo forse uno dei maggiori errori che si commettono a proposito di questi preparati, che vanno somministrati nelle dosi sopra indicate, se si vuole avere un'idea della loro efficacia. È, quindi, consigliabile di astenersi dal rimedio fino a che non se ne presenti il bisogno, dandolo allora a piena dose.

• • •

W. R. Snodgrass (*Ibidem*) dà, fra l'altro alcune regole per la somministrazione di questi preparati, elencando dapprima le malattie per le quali sono più o meno indicati.

Effetti buoni; cellulite, eresipela, tonsillite acuta, meningite, peritonite, sepsi puerperale, setticemia.

Effetti variabili o scarsi: empiema, osteomielite, otite media, mastoidite, polmonite, cistite, pielite, scarlattina, ascesso tonsillare.

Concorda con l'autore precedente nella somministrazione di un grammo ogni quattro ore ed indica alcune *precauzioni da prendere allo scopo di evitare effetti spiacevoli*. Sono fra queste la somministrazione di un clistere di acqua saponata prima di iniziare la cura e di evitare, in seguito, tanto la costipazione che la diarrea. Nella somministrazione di purganti o lassativi, evitare quelli contenenti solfo (fra cui sono molti purganti salini e la polvere di liquirizia). Con le scariche acquose. si produce facilmente metaemoglobinemia o solfoemoglobinemia, quindi si deve aver cura di somministrare purgativi blandi, come olio di paraffina, preparati di cascara o latte di magnesia. (Quest'ultima preparazione è nota anche sotto il nome di pozione di Mialhe o di medicina bianca ed è composta con: Magnesia calcinata 8; Zucchero 50; Acqua fiori arancio 20; quest'ultima si aggiunge dopo aver fatto dapprima bollire la miscela delle tre prime sostanze. *N. del red.*).

La comparsa di un certo grado di cianosi non indica necessariamente che si tratti di solfoemoglobinemia, ma spesso soltanto di metaemoglobinemia. Siccome la differenziazione è possibile solamente con la spettroscopia che non è a portata del pratico, l'A. consiglia di attenersi, in tal caso, ai seguenti consigli: 1 somministrazione di pillole di blu di metilene da 6-12 cg., 3 volte al giorno; 2) non sospendere l' uso del sulfonamidico a meno che la cianosi non progredisca; 3) se la cianosi aumenta, somministrare il rubiazol (meno attivo, ma meno tossico) invece dei consueti preparati; la dose è di 20-40 cg. ogni 4 ore per gli adulti; 4) se la cianosi progredisce e si hanno segni di malattia, come stanchezza, respiro superficiale e disturbi mentali, sospendere l'uso di qualsiasi sulfonamidico e procedere ad un esame spettroscopico del sangue.

Fra le complicazioni, è anche da menzionare la febbre, che arriva 39°, ma anche a 40°, di tipo remittente od intermittente e che compare sul 3°-4° giorno di trattamento. In tal caso, occorre procedere ad un nuovo accurato esame del malato ricercando se vi sono segni sicuri di infezione streptococcica; se questi non esistono, sospendere il rimedio per almeno 4 ore e, poi, eventualmente riprendere la somministrazione.

La somministrazione dei preparati sulfonamidici non esclude la messa in opera di altre misure terapeutiche: applicazioni di caldo locale, trasfusioni (da 250 cmc.) in presenza di setticemia, eventualmente sieroterapia.

fil.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

M. COPPO. *Le vitamine (moderni concetti e loro applicazioni).* Vallecchi Edit., 1939. Vol. di pag. 345. L.15.

Il voler presentare, in una collana di attualità di medicina pratica, qual'è questa diretta dal prof. Frugoni, un volume dedicato ad una sintesi relativamente rapida delle nostre conoscenze sulle Vitamine, poteva sembrare a priori, a chi appena conosca l'argomento, opera rischiosa e molto difficilmente rispondente alle esigenze e agli scopi, che questa raccolta di opere, dedicata al medico pratico, si propone. Pochi sono infatti i campi della medicina moderna, in cui più difficile sia « fare il punto », che per quello delle vitamine: la materia dottrinale vastissima e complessa, la sempre maggiore e non sempre felice estensione che il concetto vitaminico è andato assumendo, e la conseguente estensione delle applicazioni terapeutiche, troppo spesso difficilmente valutabili nei loro effetti, gli eccessivi entusiasmi derivati dalle stesse grandi conquiste della scienza nel campo vitaminico, costituiscono altrettante difficoltà allo studioso, che questo compito si proponga.

È perciò merito grande dell'opera di Coppo di aver saputo superare queste difficoltà, rappresentando nella cornice di uno schema semplice e chiaro i fatti acquisiti, i problemi discussi e non ancora risolti, le prospettive di ulteriori sviluppi degli studi intrapresi. E l'A. è riuscito, con una sicurezza e una lucidità di giudizio che soltanto possono derivare da una profonda conoscenza dell'argomento, a far risaltare su piani diversi, in funzione della loro importanza e della solidità di acquisizione, le diverse nozioni, anche le più recenti, così che ne risultano unitamente a una completezza sufficiente, per far ritenere l'opera tra le più modernamente aggiornate, anche quell'ordine e quella chiarezza, che rappresentano il pregio preminente, specie per il lettore che non possieda una cultura specialistica in questo campo.

L'opera consta di una parte generale e di una parte speciale. Nei sei capitoli della prima parte sono svolti ampiamente i problemi generali riguardanti il concetto e la definizione di vitamina e di sua azione, i diversi fattori che rendono imperfetta l'azione delle vitamine, il fabbisogno individuale vitaminico, le disvitaminosi, la classificazione delle vitamine. È nella voluta estensione data alla trattazione di questi problemi generali che si riflette più chiaramente la personalità e l'equilibrio critico dell'A.: da ciò risulta la loro esatta impostazione ed interpretazione, che consentono una più precisa visione e una più facile comprensione della parte speciale, ove più si affollano i dati molte volte slegati o contraddittori, e le inesatte o erronee interpretazioni. In questa seconda parte, che consta di 8 capitoli, vengono successivamente trattate le diverse vitamine, giustamente limitate a quelle generalmente ammesse, e che già hanno assunto qualche importanza clinica e terapeutica. Per ciascuna vitamina, viene seguito uno schema costante di trattazione, di cui fanno parte lo studio clinico, il metodo di dosaggio, le sorgenti, il meccanismo di azione, le azioni elementari, il ciclo della vitamina nell'organismo sano e ammalato, il fabbisogno quotidiano, le cause particolari e le prove di disvitaminosi; particolare ampiezza per ogni vitamina, viene poi data alla descrizione delle sindromi cliniche riferibili in tutto o in parte alla disvitaminosi.

Non è naturalmente possibile soffermarsi sui particolari della trattazione: ci basta soltanto sottolineare che in più punti affiora nella sua giusta importanza il contributo sperimentale direttamente apportato dall'A. e dai suoi collaboratori ad alcuni problemi vitaminici, come a quello dei rapporti tra ormoni e vitamine, o allo studio della vitamina K.

Notevole inoltre l'ampio e preciso corredo bibliografico, che segue a ciascun capitolo: esso oltre a testimoniare la serietà e il desiderio di completezza, con cui questo manuale fu scritto, dimostra come esso sia rivolto oltre che al medico pratico, anche allo studioso che intenda ulteriormente approfondire i problemi vitaminici qui sinteticamente esposti e commentati.

A. POZZI.

P. ALESSANDRINI. *Le gastriti croniche.* (Collana di attualità di medicina pratica diretta dal prof. C. Frugoni). Vallecchi, editore. Firenze. L. 15.

Rappresenta una chiara messa a punto divenuta necessaria per far luce in questo difficile e controverso problema della gastrite cronica e delle affezioni addominali ad essa connesse. Questo capitolo di Patologia ancora in piena evoluzione e perciò di non facile trattazione specialmente in una Collana che si propone scopi eminentemente pratici, è stato scritto dall'A., con una chiarezza di esposizione e con una precisione di stile che gli fanno veramente onore cosicchè il libro, oltre a risultare accessibile ai medici pratici è anche così denso di cognizioni dottrinali da non poter essere ignorato da quelli studiosi che desiderano trovare in questa pubblicazione i dati della evoluzione del pensiero medico su questa speciale questione.

La lettura di questo libro è perciò destinata a tutti, specialisti e internisti, in quanto permette di farsi un concetto chiaro e preciso di tutto quanto si sa oggi in tema di gastrite cronica. L'alta capacità scientifica, il perfetto senso di orientamento e l'onestà assoluta hanno permesso all'A., usufruendo dell'abbondante casistica personale ed ospedaliera, di formarsi e di esporre delle idee che se da qualcuno potranno essere ritenute troppo personali, sono tuttavia il frutto di un lungo studio, di una severa meditazione e di una faticosa elaborazione.

Fino a qualche anno fa la gastrite cronica

non esisteva in patologia gastrica; secondo l'orientamento culturale del clinico si parlava di gastroptosi, di dispepsia, di catarro gastrico, di vagotonia, ecc. diagnosi a cui si doveva per necessità ricorrere non senza un certo senso di disagio per chi avesse una sana mentalità clinica, e che volesse trovare nelle lesioni degli organi o fondare su serie basi sperimentali o anatomiche le cause delle manifestazioni morbose. I progressi realizzati nel campo della diagnosi con l'introduzione del sondaggio gastrico sistematicamente eseguito, l'esame radiologico col piccolo riempimento, la gastroscopia, la gastrofotografia, l'esame istologico dei pezzi prelevati all'operazione, ecc. hanno permesso di fissare le idee su questo argomento e di formulare dei quadri nosografici precisi.

Non è possibile passare in rassegna neppure per sommi capi tutto quanto è esposto nei singoli capitoli sulla etiologia, patogenesi diagnostica e terapia dell'affezione. Il lettore vi troverà tutto quanto basta per soddisfare il suo desiderio di sapere quanto è noto sull'argomento e quali sono altresì le possibilità avvenire in questo campo.

Onestà di giudizio scientifico, chiarezza di concetti e di idee, scopo pratico non disgiunto da una sana e sobria esposizione delle questioni ancora pendenti a scopo culturale, vasta conoscenza dei problemi, prudenza nelle conclusioni; ecco i meriti di questa monografia che è altamente raccomandabile a chi aspiri a conoscere quanto si sa oggi in questo settore della gastropatologia.

Antonio Bonadies.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

H. Schulten. *Lehrbuch der klinischen Hämatologie.* Un volume di 459 pagine e 78 illustrazioni di cui 42 colorate. Ed. G. Thieme Lipsia, 1939. Prezzo RM. 37, rilegato 39 (per l'estero sconto del 25 %).

Schulten presenta in questo volume tutta l'ematologia clinica, raccolta in modo pratico e chiaro senza troppe discussioni, ricordando solo ciò che è acquisito. È lasciato da parte perciò tutto quanto è ancora *sub iudice*.

L'A., noto studioso di ematologia, porta il frutto della sua esperienza e della sua pratica compiuta nella clinica di Schottmüller.

Inizia con l'esposizione dei metodi delle varie ricerche ematologiche, ed in ciò si sente la sua pratica vissuta nel laboratorio ed al letto dell'ammalato; seguono poi i capitoli sulla patologia dei globuli rossi, dei globuli bianchi, sulle diatesi emorragiche. Un capitolo a sè lo formano l'anemia aplastica o panmielopatia e le malattie del reticolo endotelio. Il trattato, arricchito di numerose figure orginali anche a colori, riesce molto utile anche perchè perfettamente aggiornato. Corelli.

Bertram F. *Die Zuckerkrankheit.* Vol. in-8° di 123 pagg., Ed. G. Thieme, Lipsia, 1939, RM. 6.

E' questa la seconda edizione riveduta di un libro dedicato a medici e studenti, come una introduzione allo studio del diabete.

Il libro esce in un momento particolarmente fecondo di studi particolari e di opere d'insieme sull'interessante malattia. Vedasi ad es. la recente monografia di Dogliotti (ed. Vallecchi).

La prima parte del libro è dedicata alla patogenesi e alla nosologia del diabete. In molte cose l'A. si discosta dalle opinioni da noi correnti, come avviene per es. quando definisce il precoma diabetico come una condizione di obnubilato sensorio, in cui però il malato se interrogato, si dimostra ancora orientato nel tempo e nello spazio. Noi riteniamo i confini del precoma diabetico molto più ampi ed i suoi sintomi molto più vari.

Del pari poco accettabile ci sembra la descrizione separata di tre aspetti clinici distinti del coma: coma dispnoico, coma cardiovascolare, e coma renale; la prevalenza di un sintomo non autorizza infatti secondo noi a creare dei quadri clinici distinti.

Nella seconda parte del libro, dedicato alla cura del diabete sono ribadite le regole fondamentali per la cura dietetica: abbondanza relativa di glicidi e povertà di lipidi. Indicazione molto ampia all'uso dell'insulina.

Un capitolo speciale è dedicato al diabete infantile.

Nel complesso il libro costituisce un utile messa a punto di problemi, che anche se non nuovi, interessano sempre il medico per la continua evoluzione delle norme diagnostiche e curative che ad essi si riferiscono.

M. Coppo.

Salsomaggiore I Centenario delle cure. Un vol. in-8° di 305 pagg. con molte illustrazioni. Ist. ital. arti grafiche, Bergamo.

In occasione del primo centenario delle cure di Salsomaggiore, questo volume celebrativo, preordinato e realizzato da M. Varanini, illustra a dovere in una sontuosa edizione e col sussidio di molte e belle figure, la storia delle terme, trattando anche altri argomenti, quali: Medici e medicina parmense al principio dell'800: Le Arti belle nel Ducato parmense; Le personalità del Ducato parmense; Lo sviluppo di Salsomaggiore nei cento anni. Da ultimo, si accenna al nuovo indirizzo medico di Salsomaggiore, che fa intravedere un più ampio sviluppo ed un magnifico avvenire.

fil.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le scottature. Accidenti generali. Trattamento.

Rudler J. C. (*La Presse médicale*, fasc. n. 74, 1939) accenna ai fattori di gravità quali, l'età, le condizioni generali, le malattie pregresse, ecc.; ricorda la divisione delle scottature per gradi ed enumera tutti quegli accidenti che possono sopravvenire o subito (shock iniziale) o tra il 5° e 9° giorno, come una tossiemia e una infezione. Secondo l'A. in un ustionato si ha: concentrazione sanguigna, leucocitosi, iperazotemia, iperpolipnea, ipocloruremia, iperglicemia, acidosi ed iperadrenalinemia. Le complicazioni possono essere polmonari, bronchiti, broncopolmoniti, edema polmonare acuto; epatiche con ittero, gastrite, edemi glottidei, trombosi venose, arteriose, enteriti, ecc. Il trattamento sarà generale per combattere tutte le alterazioni umorali descritte: efedrina, ipodermoclisi, endovenose di soluzioni ipertoniche, piccole trasfusioni sanguigne, ecc. e locale. Si comincerà con una accurata pulizia della parte ustionata evitando l'anestesia generale ma ricorrendo alla morfina, quindi coagulanti come l'acido tannico. Gli insuccessi riportati da alcuni AA. con le sostanze coagulanti sono dovuti ad aver usato tali sostanze in ustioni troppo profonde; per queste lesioni l'A. propone bagni caldi salini di due o tre ore ed asciugamento all'aria calda ed applicazioni di olio di fegato di merluzzo, lavaggi con Dakin nei punti infetti.

Conclude affermando che mentre con la terapia odierna si può evitare la fase tossica, non può essere evitata la infezione dopo la prima settimana. DAVANTI.

La terapia elettro-convulsivante nella schizofrenia.

Il metodo di determinare, mediante una corrente elettrica, le convulsioni terapeutiche per la schizofrenia è prettamente italiana ed opera di Cerletti, Bini, Sogliani, Fumarola. Facendo passare una forte corrente alternata attraverso la testa, si produce immediatamente uno stato d'incoscienza, seguito subito da un accesso convulsivo. Cerletti e Bini hanno pazientemente elaborato il metodo, sostituendolo a quello del cardiazol, del quale si ottengono gli stessi effetti pur non avendo mai degli effetti spiacevoli.

G. W. T. H. Fleming, F. L. Golla e W. Grey Walter (*Lancet*, 30 dicembre 1939), oltre a citare largamente gli autori italiani, le relative tecniche ed i risultati, riportano i propri; nelle loro prove, hanno anche fatto degli elettro-encefalogrammi. Hanno praticato 75 « shock », ottenendo 50 convulsioni nette e 25 attacchi minori; le prime sono del tutto simili a convulsioni spontanee e sono seguite da completa amnesia per lo « shock ».

Gli AA. non hanno mai avuto effetti spiacevoli e confermano l'asserto di Cerletti e Bini; *il metodo è tecnicamente efficiente, semplice e sicuro e non provoca nè timore nè ostilità da parte del paziente*. Non hanno, però, fatte prove di paragone per controllare se il metodo, come asseriscono Cerletti e Bini, ha la stessa efficacia del cardiazol. *fil.*

Il trattamento della poliomielite acuta con il clorato di potassio.

I risultati delle osservazioni finora fatte confermerebbero l'efficacia del clorato di potassio nella cura della poliomielite anteriore acuta. L'infermo deve ingerire durante 24 ore 10 centigrammi del medicamento per chilogramma del suo peso. La pozione dovrà essere somministrata ogni due ore, giorno e notte, in dodici prese uguali (un cucciaio da tavola: 15 gr.). Quindi per un ragazzo di 15 Kgr. si prescriverà:

Clorato di potassio gr. 1,50;
Sciroppo di lampone gr. 40;
Acqua fino a 180 cmc.

Variando il peso dell'infermo si varierà la quantità di clorato lasciando invariate le quantità solventi di sciroppo e acqua.

Il trattamento deve essere iniziato quanto più precocemente è possibile non appena fatta la diagnosi: le paralisi regrediscono tanto più difficilmente quanto più si è ritardata la cura.

Nelle forme gravi dell'infezione o quando le paralisi sono già comparse è opportuno raddoppiare la dose di clorato di potassio nelle prime dodici ore (si darà un cucchiaio della pozione ogni ora invece che ogni due ore).

La cura non deve essere mai interrotta e dovrà protrarsi fino a cinque o sei giorni dopo che la temperatura è tornata normale. DR.

Nella intossicazione alcoolica.

G. Niedeggen (*Münch. med. Wochens.*, n. 23, 1939) raccomanda le iniezioni di coramina. Esse venivano dapprima fatte per via endovenosa; ma poi considerato che lo stato di ubbriachezza rendeva spesso difficile tale forma d'introduzione, l'A. è ricorso a quella endomuscolare. Nei casi di lieve o media ubriachezza (circa una trentina) l'A. ha praticato 1-2 iniezioni da cmc. 1,7, in quelli gravi ha fatto l'iniezione di una fiala grande (cmc. 5,5). L'azione non è stata così rapida come con l'iniezione endovenosa, ma in 10-15 minuti, si ebbe il ristabilimento e cessò anche il vomito. *fil.*

Terapia degli avvelenamenti da sonniferi.

In base a 42 osservazioni personali, A. Heinrich (*Klin. Wochenschr.*, 4 novembre 1939) raccomanda la iniezione endovenosa di forti dosi di cardiazol negli avvelenamenti da sonniferi. La dose verrà stabilita a seconda della gravità del quadro clinico, giudicata in base alla reazione del paziente assopito, a stimoli intensi. Nei casi lievi si riesce a svegliare subito il paziente: diminuisce con ciò considerevolmente il pericolo per la circolazione e di successive complicazioni (polmonite). Ai pazienti non risvegliabili, che fortemente pizzicati reagiscono debolmente, si iniettano nelle vene 3-5 cmc. di cardiazol (10 %) in unica iniezione; a quelli che non reagiscono affatto, 8-10 cmc. (alla velocità di 1 cmc. al secondo). Unica complicazione in caso di dosaggio eccessivo o di iniezione troppo rapida è la comparsa di accessi epilettici. L'elettrocardiogramma non mostra alterazioni dopo l'iniezione delle dette alte dosi di cardiazol. Controindicate sono le iniezioni endovenose di cardiazol nelle intossicazioni da gas illuminante e in genere da ossido di carbonio (disposizione alle convulsioni). P.

TECNICA MEDICA.

Una modifica per la posizione della puntura lombare e rachianestesia.

C. Rendano (*Riv. di Chirurgia*, n. 6, 1939) propone una nuova posizione che definisce come « rannicchiata » e la descrive in tal modo: il paz. è seduto sul piano del letto con il dorso rivolto all'operatore. Le coscie, leggermente divaricate, sono fortemente flesse sul bacino in modo che le faccie antero interne di esse vengano ad avvicinarsi, quanto più possibile, alla parete addominale ed a quella toracica fino a toccarle; le gambe, anch'esse flesse sulle cosce, avvicinano quanto più possibile i calcagni alle natiche, mentre i piedi poggiano sul piano del letto. Le spalle e la testa sono fortemente spinte in avanti: le braccia circondano e stringono le ginocchia e le mani vengono ad unirsi al davanti delle gambe.

La posizione, complicata alla descrizione, è invece assai semplice, come dimostra una figura.

Il vantaggio primo di questa nuova posizione in confronto a quelle normalmente in uso sarebbe di offrire un maggior distanziamento degli archi vertebrali, dimostrato dall'A. con misurazioni radiografiche di confronto; infatti si ottiene non solo un appiattimento della lordosi del tratto lombare della colonna, ma una vera inversione, cioè una cifosi in corrispondenza delle vertebre lombari.

Altri vantaggi minori sarebbero: che la posizione « rannicchiata » è spontanea e di facile comprensione per il malato, che è più stabile e consente al paz. stesso di poterla forzare senza l'aiuto di terze persone.

BAZZOCCHI.

STORIA DELLA MEDICINA.

Per una storia italiana della medicina.

Il prof. P. Piccinini, in una sua Relazione al *XXVIII Congresso della Soc. it. Progresso Scienze*, dopo avere accennato alle pubblicazioni già esistenti, rileva la necessità di una storia italiana della medicina largamente concepita. Egli traccia le linee generali di tale trattato che dovrebbe avere un'impronta di assoluta italianità, non disgiunta però dal carattere di « universalità », nel senso di abbracciare la storia medica di tutti i Paesi che hanno avuto realmente una coltura medica non trascurabile.

Dovranno in esso venir messe in luce le priorità italiane, facendo altresì rilevare la somma importanza che hanno avuto le Università italiane sullo sviluppo della scienza generale e di quelle mediche in particolare. Altri argomenti interessanti da tenersi in considerazione sono la medicina presso i romani nonchè l'importanza regionale delle figure più significative della medicina.

È evidente che il trattato dovrà risultare dalla stretta collaborazione dei singoli competenti e giovarsi dei vari centri di studio già esistenti.

Il prof. S. Visco nella seduta del Congresso della Scienze ebbe ad auspicare che si traduca presto in realtà quanto ha esposto il prof. Piccinini nella sua relazione, *quod est in votis* di tutti.

fil.

VARIA

La poliomielite intacca la capacità intellettuale? Un'inchiesta su 98 casi.

Dawson nel 1931 studiò una serie di casi di corea, in cui non trovò nessuna modificazione della capacità intellettuale, mentre c'era una progressiva deteriorazione in una serie di casi di encefalite letargica.

R. G. Gordon, J. A. Fraser Roberts e Griffiths (*The Brit. Medic. Journ.*, 21 ottobre 1939) hanno fatto quest'indagine nella poliomielite, il che non era stato fatto da altri.

Tutti i bambini studiati avevano un'età che andava dai 4 ai 16 anni, alcuni provenienti da zone rurali, altri da centri urbani, tutti alunni delle scuole elementari.

La poliomielite non deprime il livello dell'intelligenza generale secondo la scala di Stendford-Binet. Ci sono però due osservazioni da fare per il bambino poliomielitico: che egli rimane lontano dalla scuola per un tempo più o meno lungo e che, per la minorazione fisica che gli rimane, può reagire diversamente dagli altri bambini all'ambiente e da questa reazione può derivare un ritardo d'educazione che può simulare una deficienza di intelligenza.

L.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

X Campagna antitubercolare.

Il Ministero dell'Interno (Direzione gen. Sanità Pubblica) ha diretto a vari Enti e Autorità la seguente circolare n. 21 in data 3 febbraio 1940-XVIII:

La X Campagna Antitubercolare deve quest'anno superare ancor più il successo raggiunto negli anni decorsi, perchè gli alti scopi sociali cui essa tende si rendono sempre più difficili a conseguire con l'approssimarsi della vittoria.

Tale ricorrenza, inclusa nel calendario Fascista, è ormai ufficialmente compresa fra le annuali manifestazioni del Regime, ed occorre, quindi, condurla con lo stile voluto e con fervida fede.

Come è stato convenuto dalla Commissione centrale costituita (art. 1 Legge 6 giugno 1939-XVII, n. 930) dai rappresentanti di questo Ministero, del Partito Nazionale Fascista, dei Ministeri della Educazione Nazionale, delle Comunicazioni e delle Corporazioni; dal rappresentante della Federazione Nazionale Fascista, per la lotta contro la tbc., della Croce Rossa Italiana, dell'Istituto Naz. Fascista per la Previdenza Sociale, dell'O.N. Maternità e Infanzia e dei Consorzi provinciali antitubercolari — vanno mantenuti i criteri organizzativi adottati nel decorso anno, per cui la Campagna, snellita nello svolgimento e potenziata nella propaganda, ha dato in pratica così lusinghieri effetti.

La Campagna comprenderà, come al solito, la Giornata delle Due Croci, che sarà celebrata il 17 marzo p. v., e la vendita del bollo antitubercolare chiudi-lettera, che avrà inizio lo stesso giorno 17 marzo e continuerà sino al 10 aprile, data in cui *dovrà cessare improrogabilmente ogni manifestazione del genere a qualsiasi titolo*.

L'incarico dell'organizzazione e dello svolgimento viene affidato anche quest'anno, in collaborazione con la Croce Rossa Italiana, alla benemerita Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, la quale fra breve diramerà le istruzioni circa le modalità di esecuzione e la fornitura del relativo materiale di propaganda e di vendita al pubblico, in base ai seguenti criteri di massima. La stessa Federazione curerà la trasmissione di ulteriori disposizioni, che il Ministero intendesse di dare per l'organizzazione della Campagna Antitubercolare.

1) In ogni Capoluogo di Provincia la cerimonia inaugurale deve essere intonata alla solennità, che l'importanza della manifestazione richiede. Deve leggersi un rapporto sulle forze operanti nei vari settori della lotta contro la tbc. nella Provincia, sui risultati ottenuti e sulle mete da raggiungere. Esso dovrà essere succinto, ma esauriente per chiarezza di cifre e dati statistici. Dovrà durare circa 10 minuti.

2) Proiezione di un documentario della lotta antitubercolare in Italia, anche parlato, che sarà edito per l'occasione e inviato tempestivamente alle 94 provincie.

3) Audizione musicale e corale, con partecipazione delle organizzazioni del Partito e dell'O.N. Dopolavoro.

4) Vendita di fiori e dei distintivi raffiguranti gli emblemi della Croce di Lorena e della Croce Rossa e recanti l'anno dell'Era Fascista. Questi distintivi saranno forniti a prezzo di costo dalla F.N.F. per la lotta contro la tbc.

5) Affissione in tutti i Comuni del Regno di un cartello di propaganda edito dalla F.N.F. per la lotta contro la tbc. e di un manifesto che porterà la firma del Direttore Generale della Sanità, del Presidente della F.N.F. per la lotta contro la tubercolosi e del Presidente della Croce Rossa Italiana.

6) Diffusione dei consueti bolli chiudilettera, di prezzo vario.

7) Propaganda, anche attraverso le Massaie Rurali e l'O.N.D., i cui rappresentanti dovranno includersi nei Comitati Prov. di organizzazione.

8) Intensificazione della propaganda nelle scuole, facendo svolgere almeno un compito in ciascuna di esse su argomenti relativi alla lotta antitubercolare, con premiazione degli alunni più meritevoli. A tal fine occorre richiedere la collaborazione degli ufficiali sanitari e dei direttori dei Consorzi provinciali antitubercolari.

Il ricavato della Campagna, detratto le spese di organizzazione e la percentuale spettante alla Croce Rossa, sarà devoluto, in parte al finanziamento dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi dei maestri elementari e dei direttori didattici, di cui al R.D.L. 21 dicembre 1938 n. 2202, ed in parte al ricovero dei malati di tubercolosi appartenenti alla G.I.L. non abbienti, su richiesta dei Comandi Federali, ai quali i Consorzi provinciali antitubercolari comunicheranno le modalità del ricovero.

In merito occorre osservare che tale ripartizione dei proventi della Campagna non sottrae nulla ai bilanci dei Consorzi, ma dà una disciplina all'impiego dei fondi, che si risolve, in definitiva, in una precisazione di compiti. È evidente, infatti, che i Consorzi, assicurando così l'assistenza ai maestri elementari e ai direttori didattici e l'assistenza agli iscritti alla G.I.L. — che rappresentano la più vitale categoria di infermi, e che per la loro stessa tenera età rivestono titolo di preferenza — devono sentire l'orgoglio di riuscirvi con i frutti della Campagna.

Nella Capitale si terrà il consueto raduno dei Presidenti e dei Direttori dei Consorzi provinciali antitubercolari e di altri enti antitubercolari il giorno 9 marzo. I direttori dovranno trovarsi a Roma fin dal giorno 6, per partecipare ad una serie di conferenze, di cui sarà presto inviato il programma.

Al riguardo faccio riserva di ulteriori comunicazioni.

Vogliate, come per il passato, spiegare ogni vigile e premurosa opera e dare un cortese cenno di ricevuta e di assicurazione.

Pel Ministro: BUFFARINI

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche:

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Agrigento, 8 condotte di cui 1 nel capol.; scad. 30 aprile;
Bari, 12 condotte; scad. 30 apr.;
Bergamo, 18 condotte di cui 2 nel capol.; scad. 31 maggio, ore 18;
Bologna, 14 condotte, di cui 2 nel capol.; scad. 30 apr.;
Brescia, 16 condotte, di cui 1 nel capol.; scad. 31 marzo;
Catania, 4 condotte, scad. 15 apr.;
Chieti, 9 condotte; scad. 31 marzo;
Como, 16 condotte; scad. 30 apr.;
Cremona, 9 condotte, di cui 1 nel capol.; scad. 31 marzo;
Forlì, 4 condotte di cui 1 nel capol.; 31 marzo;
Frosinone, 17 condotte; scad. 31 marzo, ore 18;
Genova, 7 condotte, di cui 1 nel capol.; scad. 30 marzo;
Grosseto, 12 condotte, di cui 1 nel capol.; scad. 31 marzo;
Imperia, 3 condotte, scad. 30 apr.;
Lecce, 10 condotte; scad. 2 apr.;
Livorno, 2 condotte; scad. 30 apr.
Piacenza, 6 condotte; scad. 31 marzo;
Potenza, 8 condotte; scad. 31 marzo, ore 18;
Sondrio, 4 condotte; scad. 31 marzo;
Trapani, 3 condotte, di cui 1 nel capol., 30 apr.;
Treviso, 8 condotte; scad. 31 marzo, ore 12.
Udine, 10 condotte; scad. 30 aprile, ore 18;
Vicenza, 15 condotte; scad. 31 marzo.

Uffici di Sanità e Igiene:

Bari, uffic. sanitario a Molfetta; scad. 20 apr., ore 18;
Genova, due medici igienisti; scad. 30 marzo.

Laboratori provinciali d'igiene e profilassi:

Agrigento, assistente Sez. med.-micr.; scad. 31 marzo;
Ragusa, assistente Sez. med.-micr.; scad. 31 maggio;
Rovigo, direttore Sez. med.-micr.; scad. 25 febbraio, ore 18;
Rovigo, assistente Sez. med.-micr.; scad. 30 marzo, ore 12,
Rieti, assistente Sez. med.-micr.; scad. 30 apr.
Cremona, assistente Sez. med.-micr.; scad. 31 marzo;
Ragusa, coadiutore Sez. med.-micr.; scad. 31 maggio.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

OSPEDALI

Le scadenze di tutti i concorsi ospedalieri sono prorogate al 31 marzo.

GORIZIA. *Consorzio prov. antituberc.* — Medico aiuto presso il Dispensario prov. « Regina Elena »; medico direttore di tre sezioni dispensariali; scad. 1 aprile, ore 18; stipendi L. 11.500 e L. 10.000 rispett. e 5 quadrienni dec.; titoli ed esami; età limite 40 a. al 31 dic.

POLA. *Ospedale Santorio Santorio.* — È bandito pubblico concorso per 4 posti di medico assistente con scadenza 15 marzo 1940-XVIII. Bandi di concorso pubblicati agli albi dei comuni e degli Ospedali di capoluoghi di provincia, delle prefetture e università del Regno.

Cercasi medico aiuto interino per la divisione di medicina disposto assumere subito servizio.

IL COMMISSARIO

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di Riparto:

Bari Palese, Ostuni (Bari); Lioni (Foggia); Catanzaro I (Reggio Calabria); Bolzano II, Chiusa, Fortezza, Laces, Malles Venosta, Merano I, Monguelfo, Silandro, Vipiteno (Trento).

Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 dell'11 marzo 1940-XVIII.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

S. S. il Pontefice ha nominato archiatra il prof. nob. Riccardo Galeazzi Lisi, primario nell'Ospedale del Bambino Gesù, insegnante nella Scuola Missionari del Sovrano Ordine di Malta, capitano medico della Guardia Palatina.

Il prof. Giulio Buonomini è stato incaricato all'insegnamento dell'igiene nella R. Università di Palermo.

Il dott. Fabio Benedetti Valentini, di Spoleto, il quale prestò servizio volontario in Spagna, è stato nominato membro corrispondente della R. Accademia medica di Valladolid. Il valente sanitario ha conseguito in questi giorni la libera docenza in Clinica chirurgica. Rallegramenti cordiali.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Bologna

Riunione Neurologica.

Bologna, 4 febbraio 1940-XVIII

Nella Clinica delle Malattie Nervose e Mentali della R. Università di Bologna ha avuto luogo l'annunziata riunione neurologica organizzata dal prof. G. Ayala direttore della Clinica stessa, alla presenza del rappresentante di S. E. il Prefetto. Largamente rappresentata era la Facoltà di Medicina della stessa Università dai proff. Putti, Benassi, Businco, Caliceti, Chistoni, Di Marzio, Forni, Guerrini, Olivo, Palmieri, Salvioli, Calabrese, Moruzzi e dagli emeriti proff. Ceni e Donaggio.

Sono intervenuti i direttori di molte cliniche neurologiche, prof. Belloni, Berlucchi, De Lisi, Gozzano, Longo, Ottonello, Pisani, Riquier, Zalla; molti direttori di Ospedali Psichiatrici, professori Bertolani, Benvenuti, Boschi, Broggi, De-Nigris, D'Ormea, Ferrio, Fiamberti, Padovani, Pellacani, Rizzatti, Roncati, Rostan, Santangelo, Say, Ugolotti, una schiera di docenti, di aiuti e assistenti universitari, di quasi tutte le scuole neurologiche italiane e di primari di Ospedali, professori Medea, Neri, Jedlowski, Guccioni, Tronconi, Perrier, Sarno, Penta, Sacchi, Scotti-Foglieni, Ventura, Noto, Visentini, Sarteschi, Lojacono, Beduschi, Gardini, Gabardi, Galli, Lami, Bonazzi, Campailla, Campana, Cristini, D'Ajutolo, Sani, Fazio, Passanisi, Borgarello, Baglietti, Riz-

zo, Zanello, Colombati, De Rosa, Buscaroli, Bozzi, Piras, Chiesa, Petrò, Gastaldi, Posteli, Brunelli, Parisi, Giordano ecc., nonchè numerosi cultori della specialità.

Il prof. Ayala rivolge un breve saluto e ringrazia gli intervenuti e numerosi colleghi, che hanno inviato la loro adesione e che per vari motivi non avevano potuto intervenire. Ha poi esposto sinteticamente gli scopi della riunione con la quale si è proposto di offrire l'occasione specialmente ai giovani neurologi di far conoscere il frutto della loro operosità e di iniziare una collaborazione fattiva fra tutti coloro che si interessano degli alti e complessi problemi delle funzioni del sistema nervoso somatico e neurovegetativo sia in condizioni normali che in condizioni patologiche. Aggiunge brevi parole programmatiche sugli indirizzi da seguire nello studio della neuropatologia, indirizzi improntati specialmente alle conoscenze moderne della fisiologia e della fisiopatologia del sistema nervoso nell'uomo, spesso non coincidenti con i risultati dell'esperimento negli animali sia pure scimmie o primati.

Sotto la presidenza del prof. Putti preside della Facoltà di Medicina di Bologna e poi del prof. Ceni si sono svolte numerose comunicazioni che hanno dato luogo a vivaci e interessanti discussioni.

Il prof. Ottonello (Parma) presenta due malati molto interessanti affetti da una sindrome eredocerebellare e da fenomeni pellagrosi e discute gli eventuali rapporti di causalità fra le due serie di manifestazioni morbose.

Il prof. Pintus (Genova) illustra un caso di tumore del talamo ottico e proietta i reperti anatomici ed istologici rilevando le particolarità cliniche della sindrome da lui osservata.

Il prof. Fiamberti (Varese) espone i favorevoli risultati ottenuti in 121 casi di demenza precoce col suo metodo della « burrasca vascolare » provocata mediante iniezioni endovenose di acetilcolina ad alte dosi.

I proff. Fazio e Pezzia (Genova) illustrano con numerose proiezioni i reperti istopatologici sulla vascolarizzazione della pineale umana.

Il dott. Zanello (Bologna) illustra con proiezioni i dettagli dell'esame clinico e le particolarità istolopatologiche di un caso di morbo di Cushing completamente studiato intra vitam e post mortem e mettendo in particolare risalto le alterazioni delle fibre muscolari.

Il dott. Contini (Siena) s'intrattiene sulle particolarità delle modificazioni strutturali del chiasma e dei tratti ottici consecutive alla remota enucleazione di un bulbo oculare.

Il prof. Santangelo (Palermo) espone, in base alle sue recenti esperienze, le caratteristiche epilettogene ed antiepilettiche della efedrina.

Il dott. Sani (Siena) riferisce sulla funzione glicoregolatrice nella epilessia, studiata mediante le prove da carico di glucosio ed illustra le curve glicemiche alimentari eseguite nei periodi di intervallo, dopo accessi convulsivi, e nello stato di male epilettico.

Speciale interesse hanno destato le comunicazioni del prof. Porta (Milano) e dei dott. Colombati e Posteli e del prof. Moruzzi della scuola di Bologna su vari aspetti del comportamento delle attività bioelettriche della corteccia cerebrale umana e sulla loro importanza sia per la localizzazione di lesioni nervose (tumori, ascessi, rammollimenti cerebrali ecc.), sia per lo studio della patogenesi degli attacchi epilettici, sia nella ipoglicemia insulinica. Le grafiche presentate da questi Autori sono state la più valida dimostrazione della importanza di questi nuovi metodi d'indagine, che già hanno dato frutti non solo teorici ma anche di applicazione pratica, e che promettono nuovi progressi nel campo della neurologia e neuropatologia.

Nella seduta pomeridiana, sotto la presidenza del prof. Donaggio, vengono svolte le comunicazioni seguenti:

I prof. Sacchi e Fazio (Genova) illustrano i risultati delle loro interessanti ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'emorragia cerebrale.

Il dott. Parisi (Genova) s'intrattiene sullo schema corporeo, sulla immagine di sè e sullo schema posturale e sul loro valore nella fisiopatologia nervosa dando luogo a una dotta discussione.

Il dott. Giordano (Genova) illustra particolari rilievi da lui fatti sulle disfunzioni vescicali di origine nevrogena.

Il dott. Cardona (Milano) illustra quattro casi clinici di paralisi spinale spastica insorti dopo la narcosi eterea e discute la diagnosi e gli eventuali rapporti intercorsi fra la narcosi eterea e la suddetta sindrome clinica.

Il dott. Petrò (Pavia) s'intrattiene sulle alterazioni senili del cervello degli animali.

Il dott. Piras (Pavia) illustra con proiezioni di preparati istologici i reperti, constatati nei nervi periferici di ratti sottoposti a digiuno prolungato. Il prof. Riquier completa l'esposizione.

Il dott. Chiesa (Pavia) illustra lesioni dei nervi periferici da lui constatate nel solfo-carbonismo sperimentale.

Il dott. Lavitola (Napoli) s'intrattiene sul gozzismo in Lucania, di cui espone dati statistici da lui raccolti.

Il prof. Penta (Napoli) illustra, dal punto di vista clinico ed anatomo patologico, un importante caso di compressione spinale da linfogranulomatosi maligna.

Il prof. Mascherpa (Milano) illustra con interessanti proiezioni la utilità della stratigrafia nell'esame radiologico cranico e nell'esame encefalografico.

Il prof. Neri (Bologna) s'intrattiene sulla descrizione di alcuni particolari semeiologici utili, secondo la sua esperienza, nella diagnosi di compressione della coda equina.

Il dott. Trabucchi (Padova) illustra un caso di sindrome cerebello-piramidale da condroma a livello del foro occipitale.

Il prof. Bozzi (Padova) illustra un caso di catatonia intermittente.

Il prof. Scotti-Foglieni (Milano) parla sulla ripartizione dell'arsenico negli organi interni e sulle permeabilità del sistema nervoso di fronte all'arsenico stesso.

La seduta è chiusa con la comunicazione del prof. Ayala, il quale dopo avere accennato ai concetti antichi e moderni sulla funzione dei funicoli posteriori del midollo spinale umano e alle lacune e imprecisioni esistenti tuttora nelle conoscenze della struttura di essi cordoni; rileva che le funzioni sensitive non possono essere studiate che nell'uomo, nei casi in cui sono stati tagliati tali cordoni da traumi o chirurgicamente come hanno fatto Poussep, Rizzatti e Moreno e Antonucci, le osservazioni dei quali però sono molto

incomplete e quindi non utilizzabili. In base a due osservazioni di Kroll e di un caso personale operato di cordotomia posteriore conclude che questo intervento di per sè non ha come le cordotomie laterali e l'antero-mediale alcuna influenza benefica durevole sull'ipertonia muscolare e che ad esso seguono disturbi non solo delle sensibilità profonde elementari, di quelle discriminative, ma anche della soglia della sensibilità tattile e dolorifica.

Le comunicazioni non svolte per mancanza di tempo dei seguenti Autori: prof. Puppilli (Bologna), prof. Ottonello (Parma), proff. Balduzzi, Sacchi, Lazzeri (Genova), prof. Rizzo (Roma), prof. Medea (Milano), dott. Alessi (Milano) prof. Frigerio (Milano), prof. Moruzzi (Bologna), prof. Tronconi (Pavia), dott. Ambrosetto (Pavia), dott. Gastaldi (Pavia), prof. Vercelli (Milano), prof. Massazza (Genova), prof. Say (Trieste), dott. Zara (Napoli), dott. Bertolani Del Rio (Reggio Emilia), prof. Donaggio (Bologna), dott. Fracasso (Padova), dott. Dolcini (Padova), prof. Ayala (Bologna), prof. Jedlowski (Bologna), dott. Simonini e dott. Zanello (Bologna), prof. Gardini e dott. Colombati (Bologna), prof. Benvenuti (Bologna), dott. Buscaroli e dott. Colombati (Bologna), dott. Colombati e dott. Rizzo (Bologna), prof. Gabardi (Bologna), dott. Spatafora (Bologna), prof. Passanisi (Teramo), prof. Bini (Roma), figureranno nel resoconto generale della riunione alla fine della quale gli intervenuti rivolgono un voto di plauso all'iniziativa del prof. Ayala dimostratasi tanto proficua ed esprimono la speranza che tali riunioni possano susseguirsi a breve scadenza.

JEDLOWSKI

NOTIZIE DIVERSE

Assise italiane di medicina.

Il tema in studio per le Assise italiane di medicina e chirurgia generale nel 1940 è: « I disturbi della circolazione coronaria cardiaca ». Il Sindacato Nazionale Medico chiama a raccolta, pel tramite dei propri Sindacati provinciali, gli studiosi e i medici pratici, al fine di raccogliere un vasto materiale che sarà elaborato e discusso nelle riunioni delle Sezioni provinciali delle Assisi e infine a Roma, verso la fine dell'anno, in seduta plenaria.

La Croce Rossa Finlandese.

La guerra ha trovato la Croce Rossa Finlandese perfettamente attrezzata. Era presieduta dal Maresciallo Mannerhein, eroe della guerra d'indipendenza, attuale capo supremo dell'esercito; egli aveva rivolto speciali cure alla tutela dell'infanzia. Appena scoppiata la guerra, la Croce Rossa Finlandese provvide, soprattutto, a organizzare la difesa antiaerea passiva, ed a questa sua attività si deve se le innumerevoli incursioni aeree russe hanno fatto relativamente pochissime vittime, pure distruggendo molti centri abitati.

Il compito della propaganda per la difesa antiaerea non era agevole, in un paese bilingue; ma il Comitato delle Dame lo ha assolto mediante la diffusione di foglietti volanti, stampati da un lato in svedese e dall'altro in finnico, come pure mediante dimostrazioni pratiche, mediante il cinematografo ecc. Vennero costituiti depositi di materiale medico e chirurgico e cassette di pronto soccorso, contenenti materiale per medicazioni, disinfettanti, fialette di canfora, compresse d'aspirina, unguenti (per ferite e scottature).

La Croce Rossa Finlandese è stata assistita, con generosità straordinaria, da tutti i Paesi civili: si può dire che gli aiuti alla Finlandia siano stati prevalentemente aiuti alla Croce Rossa Finlandese. Tra gli altri doni, importanti sono stati quelli di intere auto-ambulanze. Speciale impressione hanno fatto le donazioni di materiale chirurgico da parte della principessa Reale di Svezia e di altri membri della Famiglia Reale Svedese, accompagnate da una lettera al maresciallo Mannerheim.

La Croce Rossa ha fornito, in questa occasione, un magnifico esempio di solidarietà internazionale.

(Da una corrispondenza al *Journal A.M.A.*, 20 genn. 1940).

Notizie sanitarie di guerra.

Il Governo finlandese ha inviato a tutti i rappresentanti diplomatici accreditati in Finlandia una nota di protesta contro la continua violazione da parte sovietica degli accordi internazionali sulla condotta della guerra. In modo speciale la nota denuncia i bombardamenti contro le città aperte, le chiese e gli ospedali, bombardamenti che hanno avuto lo scopo di demoralizzare la popolazione civile seminando fra essa il terrore.

Un po' dovunque.

Il Ministero dell'Interno del Reich ha disposto che ai medici provenienti dall'Alto Adige, in seguito ad opzione per la Germania, devono assegnarsi, tutte le volte che è possibile, i posti vacanti. Temporaneamente basterà che essi avanzino domanda, salvo a regolarizzare poi la loro posizione.

La « Semana Medica Española » del 10 gennaio pubblica un largo sunto delle tre conferenze tenute dal prof. E. Mingazzini sul « Contributo italiano ad alcuni problemi urologici ».

Il Duce ha ricevuto il prof. Giovanni Lorenzini, cavaliere del lavoro, che gli ha fatto omaggio di recenti sue opere scientifiche in tema di alimentazione e di vitamine, nonchè di 24 volumi, raccolta delle pubblicazioni scientifiche dell'Istituto Biochimico Italiano da lui creato. Il prof. Lorenzini ha inoltre portato al Duce la documentazione dello sviluppo estero dell'Istituto e della raggiunta autarchia delle vitamine.

Si sta procedendo alla ricostruzione delle antiche Terme Romane di Montefalcone e prossimamente ne verrà inaugurato lo stabilimento.

Il 12 dicembre u. s. scoppiò un violento incendio al manicomio di S. Clemente a Venezia; venne domato dal personale e dai vigili del fuoco dopo aver distrutto due reparti; nessun danno ai 1100 ricoverati.

A Parigi si è determinata penuria di necrofori, a causa della mobilitazione e della aumentata mortalità inerente al rigido inverno. Le imprese di onoranze funebri hanno dovuto procedere a nuovi e improvvisi reclutamenti.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Brit. Med. Journ., 9 sett. — E. TOWNSEND. Atrofia giallo acuta del feg.: due casi, una guarig. — D. C. CORRY e al. Sulfanilamide nella peritonite appendicolare post-oper. — Medicina di guerra.

Lancet, 9 sett. — J. P. LOCKHART-MUMMERY. Adenomatosi familiare del colon e del retto. — H. S. STANNUS e G. W. MARCHALL FINDLAY. Angina monocitica trattata con M. e B. 693; trasmissione sperimentale.

Cl. Chir., lug.-ag. — C. SCARTOZZI. I sero-fermenti epato-pancreatici. — P. CHIONI. Gravi lesioni vescico-retto-uretrali per arma da fuoco. — G. GIANGRASSO. Anchilosi della mandibola.

Rinasc. Med., 15 sett. — E. COMINELLI GUARIGLIA. Genesi della tbc. renale.

Journ. d. Pret., 16 sett. — TERRIEN. Glaucoma assoluto e tumore dell'occhio.

Am. Journ. Med. Sc., sett. — N. J. HECKEL. Azione dei sulfonilamidi sulla spermatogenesi. — F. K. BADDOCK e K. EDSELL SMITH. Le piastrine nell'anemia pernic. — M. M. BRACKEN. Gli eosinofili nella polmon. — J. D. CROFT e L. D. SNORFF. Deficienza di acido civitamico.

Deut. Med. Woch., 22 sett. — GÖHRING. Sieroreaz. della gonorrea. — GOLDHAMHN. Trattam. delle scottature.

Presse Méd., 20 sett. — A. CAIN. Trattam. della procidenza emorroidaria.

Journ. A. M. A., 2 sett. — J. DUCKETT JONES e J. R. MOK. Infezioni delle vie aree associate a reumatismo acuto. — J. J. SHEA. Trattam. della sinusite nei fanciulli.

Lancet, 16 sett. — R. PILCHER. Trombosi ed embolismo postoperatori. — E. H. ROCHE e J. E. CAUGHEY. Meningite « influenzale » trattata con M. & B. 693.

Giorn. di Cl. Med., 20 sett. — R. AGNOLI e T. GALLI. Sostanze simpaticomimetiche e ricambio energetico. — F. FERRANTE. Coagulaz. del sangue.

Brit. Med. Journ., 16 sett. — L. BARNETT. La malattia idatidea. — C. ROSS. Calcoli ureterali non opachi. — Medicina di guerra.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 17 sett. — C. UGGERI. Reperti d'autopsia nella malattia di Buerger.

Sem. Méd., 16 sett. — E. ARIAS VALLEJO. Insufficienza epatica costituzionale.

Giorn. di Batter. e Immun., ott. — M. FERRANDO e A. CERUT. Flora micologica dello stomaco in varie gastropatie. — F. CAGNA. Azione degli arsenicali pentavalenti.

Journ. A. M. A., 16 sett. — H. L. FOSS e al. Crisi e morte nell'ipertiroidismo. — F. H. LAHEY. Gozzo intratoracico. — L. E. SILTZBACH e J. SIEGER. Silicosi in un odontotecnico.

Arch. p. l. Sc. Med., sett. — P. OCCHIONI. Digitalis lanata. — A. MELAGUTI. Nefrosi da tripaflavina. — A. FORCONI e M. DEL DOTTO. Leucopenie.

Riv. de Med. y Ciencias afines, 30 lug. — G. ZORRAQUIN. Metabolismo dell'acqua in chirurgia. — J. W. TOBIOS. Reumatismo polmonare.

Rif. Med., 23 sett. — A. ALFANO e C. VACCA. Ac. nicotinico in un caso di anemia pern.

Münch. Med. Woch., 29 sett. — P. MÜHLENS. Profilassi di massa contro la malaria. — A. BOLDT. Necrobiosi lipoidica.

Presse Méd., 27 sett. — J.-C. RUDLER. Scottature.

Deut. Med. Woch., 29 sett. Medicina di guerra. — PFAFF. Lotta contro la tbc.

Klin. Woch., 30 sett. — H. RIEHCHEL e H. SCHICK. Dieta priva di vitamina C. — G. PEZOLDT e G. ZAEPER. Trattam. della tbc. polm.

Pediatria, sett. — L. DOMINICI. Deformità del cranio e della colonna vertebr. nel lattante.

Med. Welt., 30 sett. — E. RUGE. Il primo trattam. delle ferite. — F. MARQUARDT. Danni da metalli leggeri.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 4 Marzo 1940-XVIII Num. 9

“IL POLICLINICO„

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 66
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 166
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 166
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 196

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

PROLUSIONI

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA E PROPEDEUTICA CLINICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA

Tentativi e primi risultati di una cura chirurgica dell'ipertensione arteriosa.

Prof. PIETRO VALDONI, direttore.

Colleghi chiarissimi, cari studenti,

L'onore della Cattedra è troppo alto perchè salendovi io non avverta con la commozione del momento, l'ansia di affrontare una grande responsabilità che spero non sarà superiore alle mie forze.

Desidero anzitutto rivolgere il mio vivo ed affettuoso ringraziamento ai Colleghi della Facoltà di Modena che mi hanno fatto l'onore di chiamarmi con voto unanime ad una Cattedra di alte tradizioni da cui hanno insegnato Maestri che portano i nomi più illustri della chirurgia italiana. Io spero fermamente e mi auguro di meritarmi nel futuro la Vostra approvazione.

In questo momento che affolla in me sentimenti e ricordi rivolgo con animo grato il mio pensiero ai Maestri a cui devo la mia preparazione.

Riccardo Dalla Vedova, fondatore dell'Ortopedia romana e creatore di quella clinica che oggi è un vanto della città universitaria di Roma, mi aprì la via della carriera universitaria nominandomi assistente e dandomi la possibilità di approfittare dei suoi preziosi insegnamenti. Oggi ho la fortuna di ringraziarlo da quella stessa cattedra che Egli tenne per alcuni anni prima del suo trasferimento alla Clinica di Roma.

È per me un alto onore di avere qui presente il mio amato Maestro, il Senatore Roberto Alessandri. Per 15 anni ho avuto la fortuna di appartenere alla sua Scuola, di seguirlo nella sua opera, di assimilare i suoi insegnamenti, di apprezzare le sue alte doti di Uomo e di Chirurgo sì che il legame che mi avvince a Lui non è soltanto quello della devozione riconoscente dell'allievo ma l'affetto profondo di un figlio. Nel giorno della mia nomina a Professore, in risposta all'abbraccio commosso con cui mi annunciava il conseguimento delle mie aspirazioni, gli facevo la promessa che avrei agito e lavorato così da sperare che mai avrebbe avuto a pentirsi di avermi dato

l'onore di esserne allievo. Spero di riuscire a mantenere la mia promessa e come nei lunghi anni del mio lavoro nella Clinica di Roma ancora nel futuro cercherò la Sua approvazione e ne seguirò i consigli.

Desidero ricordare i cari Colleghi della nostra Scuola con cui ho passato tanti anni della mia vita in affettuosa amicizia, molti ora colleghi universitari, molti primari, i più giovani già preparati a mete importanti.

Desidero ricordare ancora i Maestri della Facoltà Romana che mi onorarono tutti sempre di affettuosa amicizia e mi furono larghi di appoggi e di consigli per tanti anni.

Ed infine rivolgo il mio grato ricordo ai Colleghi della Facoltà di Cagliari che mi dettero il loro voto e la loro collaborazione nell'anno di insegnamento di quella clinica chirurgica. Porto con me dalla Sardegna il loro affetto di cui mi hanno dato tante prove e che è da me ricambiato così vivamente.

* * *

L'argomento che vengo a trattare rappresenta ancora una recente acquisizione della chirurgia e come è logico, le conoscenze e l'esperienza non hanno ancora potuto indicare chiaramente in questo campo una via netta o almeno permetterci fin d'ora l'acquisizione di dati definitivi. Non perciò credo sia meno interessante anche perchè il gran numero di malati e la gravità della malattia impongono una direttiva verso rapide soluzioni.

L'ipertensione arteriosa è malattia largamente diffusa e malattia grave. La statistica ne dà preciso conto. Si calcola (Gallavardin) che il 25 % delle morti al disotto dei 50 anni sia imputabile all'ipertensione. Blackford e Wilkinson hanno seguito 202 pazienti ipertesi, di questi una metà era morta negli otti anni consecutivi. E il problema terapeutico è imposto non solo dalla larga diffusione della malattia, ma purtroppo anche dalla impotenza quasi assoluta di una terapia medicamentosa adatta.

I tentativi chirurgici risalgono a pochi anni ed è merito del Pende di avere per primo suggerito nella cura di questi casi la resezione dello splancnico che Pieri ha applicato la prima volta nel 1930.

Negli anni successivi e specialmente negli ultimissimi, numerosi sono stati i tentativi operatori che, guidati da concetti etiologici, sintomatologici o patogenetici hanno avuto risultati più o meno favorevoli, spesso incostanti, hanno interessato vari organi e sistemi e hanno portato a una maggiore chiarificazione del problema.

I casi di ipertensione essenziale come malattia a sè, a mano a mano che si perfeziona lo studio dell'argomento, tendono a restringersi in limiti più ristretti. L'aumento della pressione arteriosa ha certamente il valore di un sintoma, e da solo non può valere se non come indicazione generica alla creazione di un quadro clinico. Ma è un sintoma di facile rilievo che permette di classificare un determinato corteo di disturbi e che rappresenta la prima tappa delle indagini cliniche che potranno chiarificare il singolo quadro morboso.

L'aumento della pressione sistolica è l'espressione della capacità di contrazione del ventricolo; quello della pressione diastolica è indice delle resistenze periferiche al circolo. Vi sono ipertensioni come quella che s'incontra nel morbo di Basedow e in alcune affezioni primitivamente cardiache e nei casi di aneurisma artero-venoso in cui l'aumento della pressione sanguigna interessa esclusivamente la pressione sistolica. Questi casi potrebbero venire isolati e classificati a parte se l'esperienza più recente non ci dicesse che ipertensioni così dette essenziali anche per parecchio tempo possono avere un comportamento analogo e viceversa che in casi di Basedow, di aneurisma artero-venoso si finisce per arrivare anche all'aumento della pressione diastolica.

La diffusione della malattia è considerata proporzionale alle preoccupazioni psichiche, agli sforzi fisici, ecc. ma pare dimostrato in modo assoluto che condizione essenziale ne sia una predisposizione che si trasmette in via ereditaria, che è famigliare e che può essere messa in evidenza anche in tenera età con la prova di Hines e Brown in quanto in questi individui, la semplice immersione delle mani nell'acqua fredda porta a un immediato aumento della pressione a valori che sono tre e quattro volte la risposta pressoria normale allo stimolo. Preoccupazioni di ordine psichico, sforzi muscolari, eccessi di allenamento hanno certamente una grandissima importanza perchè questi individui, messi a riposo vedono diminuire la loro pressione con questa semplice misura. Si è affermato che in questi pazienti la conoscenza della loro ipertensione è causa anche della sua persistenza. L'irritabilità, la facile emotività, l'insonnia, l'irrequietezza e poi la cefalea sono del resto i primi sintomi della malattia.

L'esperimento ha portato un contributo molto importante allo studio del problema. È possibile di provocare nel cane l'insorgenza di un'ipertensione che avrà come nell'uomo i caratteri di un'ipertensione benigna prima e maligna poi. Dixon e Heller hanno iniettato nel cane nella cisterna cerebello-midollare della polvere di caolino e ne hanno ottenuto secondariamente un aumento della pressione endocranica e l'ipertensione arteriale. L'autopsia in questi casi dimostra la comparsa di una dilatazione che può essere anche molto cospicua dei due ventricoli laterali, del terzo e del quarto ventricolo. La patogenesi in questi casi sarebbe data da un'alterazione dei centri ipotalamici che trasmetterebbero un eccitamento

ai centri bulbari vasomotori oppure porterebbero a un'alterazione della neuro-ipofisi. In clinica è ben conosciuta l'azione ipertensiva dell'estratto della neuro-ipofisi, abbastanza ben conosciuti i rapporti fra ipofisi e surrene e a questo proposito basterà ricordare l'adenoma basofilo per sè e il morbo di Cushing. Giordano recentemente ha fatto una serie di ricerche molto interessanti su animali così trattati.

Il secondo gruppo di esperimenti è rappresentato dalla defreinizzazione, cioè dalla sezione dei nervi cardio-aortici e seno-carotidei praticata da Hering, da Heymans, ecc. La pressione, dopo l'intervento, sale rapidamente, resta permanente e permette di studiare a fondo le alterazione umorali e anatomo-patologiche che si stabiliscono.

Heymans ha dimostrato con i suoi collaboratori che in questi animali l'ipertensione scompare solo con la resezione totale bilaterale di tutta la catena simpatica toracica addominale; la resezione degli splancnici, l'enervazione della surrenale, la surrenectomia totale unilaterale anche completata da un'ampia resezione dell'altro lato non sopprime l'aumento della pressione come non fanno variare la pressione in un cane normale. (Secondo Brown e Samet l'enervazione di un rene determina l'abbassamento della pressione in un cane defreneizzato; una successiva nefrectomia è seguita da ipertensione).

Il terzo gruppo di esperimenti ha origine dallo studio di Goldblatt. Questi ha notato che applicando sull'arteria renale una pinza che possa venire stretta così da diminuire a volontà la quantità di sangue arterioso che affluisce al rene, compare negli animali una sindrome ipertensiva permanente che interessa tanto la pressione sistolica che diastolica. La resezione di alcune parti o di tutto il simpatico è senza effetto; senza effetto è l'asportazione di una capsula surrenale anche se si aggiunge la resezione della surrenale dell'altro lato; solo la surrenalectomia totale bilaterale è capace di ricondurre la pressione alla norma.

Per escludere un'azione nervosa fu trapiantato un rene nel collo anastomizzando l'arteria renale alla carotide e la vena renale alla giugulare; anche in queste condizioni la riduzione dell'afflusso arterioso nel rene trapiantato portava all'ipertensione. Nei cani resi ipertesi dalla pinza di Goldblatt la pressione scende alla norma qualora una pinza simile si applichi anche sulla vena oppure si asporti la pinza o si asporti il rene. Giustamente Goldblatt e collaboratori hanno pensato come probabile che in queste condizioni nel rene si sviluppi una sostanza ad azione ipertensiva; la compressione della vena ne renderebbe lenta l'immissione in circolo e quindi inefficace; la nefrectomia sola ne sopprimerebbe l'azione.

Ho ricordato questi dati sperimentali perchè essi non possono non influenzare l'interpretazione patogenetica che dobbiamo dare nello studio dei nostri casi clinici e per porre in alcuni l'indicazione operatoria. A lato di risultati sperimentali si deve considerare il reperto anatomo patologico e operativo di alcuni casi. Così ricordo il caso di Weil di morbo di Recklinghausen e ipertensione guarito con l'asportazione d'una paratiroide adenomatosa; così i casi di ipertensione parossistica (Mondor) da tumore della surrenale o da iperplasia della surrenale guariti con l'asportazione del surrenaloma o con la resezione della ghiandola ipertrofica.

Ancora sono da ricordare i reperti anatomopatologici di alcuni casi per le evidenti alterazioni arteriosclerotiche e arteriolosclerotiche, per le alterazioni dei reni; i quadri descritti da Keit, Wagener e Kernohan a carico delle arterie e secondo questi AA. tipici delle forme essenziali.

In Clinica, ogni caso di ipertensione presenta la difficoltà di una interpretazione etiopatogenetica e di una diagnosi esatta. Il quadro della ipertensione cosidetta essenziale, se può venire fissato in un determinato caso, presenta pur sempre delle incognite e dei dubbi sull'esattezza diagnostica in quanto per lo più ad esso si arriva più per eliminazione che per via diretta e quanto più esperimentato e ricco di cognizioni teoriche è l'osservatore, quanto più numerose sono state le ricerche eseguite, con tanta maggiore difficoltà si accinge al giudizio diagnostico definitivo.

In questo gruppo di casi di ipertensione essenziale, abbastanza numeroso, l'ipotesi etiopatogenetica non è chiara ne suffragata da dati dimostrativi.

Sono questi i casi in cui si ammette che l'aumento della resistenza periferica al circolo sia rappresentato da un fenomeno di contrazione delle cellule liscie delle arteriole, da una alterazione cioè almeno in primo tempo, puramente funzionale. Tale concetto di malattia funzionale è basilare nella interpretazione del quadro morboso e giustifica il tentativo del chirurgo per varie vie e con vari mezzi di modificare uno stato di disfunzione permanente. Come è logico, lesioni organiche non sono modificabili o lo sono solo in parte da interventi diretti essenzialmente a influire su un momento fuzionale. Sotto questo punto di vista, vanno anche considerate a parte quelle forme per sè funzionali ma legate a disendocrinie gravi, a disturbi del ricambio, ecc.

Interpretando la malattia come una alterazione funzionale della parete arteriolare prevalentemente spastica, ne viene di conseguenza la necessità della interpretazione patogenetica dello spasmo. Questo è per alcuni determinato da un fattore di origine renale, per altri da stimoli nervosi simpatici, da altri ancora da prodotti normali o patologici di ghiandole a secrezione interna, da prodotti di un alterato

ricambio. I vari fattori possono coesistere, essociarsi, complicarsi variamente onde risulta la enorme difficoltà di un orientamento in Clinica e di una indicazione operatoria precisa.

Ma di due fattori occorre tener conto assoluto. In primo luogo ha importanza un fattore costituzionale, addirittura ereditario, rilevabile, come hanno dimostrato Hines e Brown fino dalla tenera età e caratterizzato da un difetto del meccanismo vascolare neuroendocrino (White), secondo altri da una instabilità intrinseca di tutto il meccanismo vasomotorio, o in un meccanismo arteriolare poco efficente e facilmente vulnerabile. La reazione vasomotoria è normale nel carattere ma eccessiva nel grado e si prolunga nel tempo; la stessa soglia agli stimoli è abbassata. L'effetto ipertensivo, transitorio prima, si prolunga fino a diventare permanente.

Il secondo fattore cui abbiamo accennato, è dato dalla constatazione che l'ipertensione, una volta stabilizzatasi e divenuta permanente porta a lesioni di vari organi e sistemi ma particolarmente del rene, l'ipertensione benigna tende cioè a divenire più o meno rapidamente maligna in cui la caratteristica dominante diventa la lesione renale così che a questo stadio è difficile dire, in mancanza di una osservazione precedente, se la lesione sia primitivamente o secondariamente renale. La distinzione purtroppo, praticamente ha valore limitato: ormai la ipertensione è legata al fattore renale, è fissa, poco o nulla modificabile.

* * *

Da quanto abbiamo brevemente riassunto, a seconda dei casi, l'intervento può trovare una indicazione causale, sintomatologica, patogenetica.

L'indicazione operatoria quando sia causale è senza discussione. Nei casi di ipertensione parossistica, rari rispetto alle altre ipertensioni ma di diagnosi facile, l'asportazione del surrenaloma è strettamente indicata e porta a sicuro successo. La radiologia per mezzo della pielografia e per mezzo del pneumorene può stabilire preoperativamente e con esattezza il lato da aggredire. Le ipertensioni nel Basedow non rappresentano un'indicazione operatoria altrettanto sicura; la resezione della tiroide, l'asportazione anche totale di essa non porta a guarigione. Cutler recentemente ne ha dato la dimostrazione: su 89 pazienti operati di tiroidectomia totale in 20 in cui esisteva un'ipertensione non si è ottenuto una diminuzione dell'ipertensione che è continuata ad aumentare dopo l'intervento. Orth, Antonucci hanno avuto invece ognuno un risultato favorevole in un caso.

Molto interessante è la possibilità di precisare i casi in cui l'ipertensione sia legata a una malattia primaria di un solo rene. Butler ha riferito di due casi di pielonefrite cronica unilaterale in cui la nefrectomia ha portato a una guarigione completa. Adson, Walters e Barker hanno studiato un'ammalata che dodici anni prima aveva sofferto di coliche renali destre ed ematuria; successivamente il calcolo era stato asportato. Quando osservarono l'ammalata, presentatasi per la cura dell'ipertensione, una pielografia dimostrò che il rene già sede del calcolo e operato, era ridottissimo di volume mentre il sinistro era perfettamente normale. La nefrectomia portò a guarigione completa e permanente. L'esame del pezzo dimostrò che le lesioni erano prevalenti a carico dei vasi, così da pensare che spontaneamente si fosse riprodotto nella donna il quadro della ipertensione artificiale col metodo di Goldblatt. Boyd e Lewis hanno un caso analogo in cui esisteva un rene ectopico con occlusione parziale dell'arteria.

A questi casi posso aggiungere un'osservazione personale di una nefrectomia di un rene ipoplasico eseguita per curare il paziente delle sue ripetute ematurie. L'ipertensione che esisteva prima dell'intervento e la sintomatologia generale che in questo caso era stata riferita alla lesione renale, scomparvero dimostrandosi così la loro origine dalla lesione ipertensiva renale. Ma ancora in altri casi l'intervento può avere una indicazione causale. Königsberger ha riferito di un caso in cui l'ipertensione era dovuta a una infezione streptococcica senza alterazioni renali. In alcuni casi furono asportati foci infettivi e faringei senza risultato mentre invece Kabeyn e Wagener hanno un caso in cui i termini tonsillite, ipertensione e tonsillectomia-guarigione appaiono precisi come in un esperimento.

Le lesioni renali così frequenti nell'ipertensione sono spesso certamente primitive nel senso che esiste un gruppo di malattie ipertensive del rene caratterizzato dalla prevalenza delle lesioni arteriali, arteriolari e glomerulari che rappresentano il primum movens dell'ipertensione. Putroppo i mezzi diagnostici a nostra disposizione permettono solo in alcuni casi di giudicare se tali lesioni siano primarie o secondarie e addirittura di giudicare se esistano o meno.

Come abbiamo visto dai casi ricordati, quando la lesione renale è unilaterale il tentativo di una terapia causale è indicato. Nelle forme renali bilaterali, se le lesioni non sono molto notevoli, le solite ricerche della funzione renale globale e singolare possono essere completamente normali. Più sensibili la prova di concentrazione e diluizione, importante la ricerca di cilindri e dei globuli rossi nel sedimento; ma stabilito in un determinato caso l'esistenza di una lesione renale quali mezzi abbiamo per decidere se questa sia primitiva o secondaria? Una esatta interpretazione avrebbe un valore enorme rispetto alla indicazione operatoria e come nell'esperimento

di Goldblatt si ripete nell'uomo la stessa dimostrazione e cioè che nessun intervento sul simpatico, nessun intervento sul surrene può dare un risultato quando la ipertensione sia di origine renale. Si è cercato di girare l'ostacolo specialmente da parte di AA. americani studiando nei malati se esistono le normali fluttuazioni della pressione nella giornata e nel mese o se invece gli alti valori siano congelati a un certo livello. Adson dà importanza alla prova dell'abbassamento della pressione con la somministrazione orale di amital sodico, di nitrito di sodio, con l'iniezione endovenosa di pentotal sodico. Davis e Barker si valgono della prova già ricordata di Hines e Brown della somministrazione di nitroglicerina nella dose massima di 1/100 di gr. che posta sotto la lingua deve deteminare un abbassamento della pressione per un periodo di 20'. Ancora dell'abbassamento della pressione che si verifica nel sonno prodotto dalla avertina e dalle variazioni della pressione sistolica verso l'abbassamento con la inalazione di anidride carbonica. Barker nel 1935 studiò l'azione dei solfocianati di potassio nella cura della ipertensione. In realtà di tutte le varie sostanze introdotte in questa terapia, il solfocianato potassico è l'unico capace di abbassare la pressione sistolica e diastolica in un'alta percentuale dei casi che supera il 50 %. Anche io ho potuto osservare questo favorevole andamento ma forse meno frequentemente e ricorrendo alle alti dosi; Davis e Barker hanno insistito recentemente che se la concentrazione del cianato nel sangue non raggiunge valori dai 6 ai 12 mmgr. % e se la pressione non supera i 200 mm. la somministrazione è senza effetto.

L'importanza di queste ricerche sulla labilità dell'ipertensione è in relazione al fatto che una variazione della pressione di un certo grado esclude la possibilità di una lesione renale o almeno di una lesione renale notevole tale da rendere inutile un tentativo chirurgico.

Un mezzo molto importante per stabilire la possibilità di un indirizzo operatorio mi pare essere decisamente l'alcoolizzazione degli splancnici. Nel 1935 ho studiato la tecnica del blocco alcoolico degli splancnici e ho avuto l'opportunità di applicarlo in oltre un centinaio di casi. Da noi il Ciceri aveva consigliato l'anestesia degli splancnici; in realtà questa non ci dà un responso valutabile perchè spesso, anzi molto spesso, può mancare una variazione immediata e il giudizio che noi ricaviamo dalla alcoolizzazione si basa invece sulla osservazione di mesi. Come ho avuto occasione di riferire in altre sedi, l'alcoolizzazione da sola può avere un effetto curativo. Ho osservato casi di ipertesi con diabete in cui ormai a distanza di anni dopo l'alcoolizzazione si è avuta la scomparsa dei sintomi dell'ipertensione, la riduzione a valori vicini alla norma della pressione sanguigna, una scomparsa quasi completa della glicemia e della glicosuria. In altri casi dopo un periodo di 4-5-6 mesi o anche meno con la rigenerazione delle fibre parzialmente interrotte dall'alcool ricompare l'ipertensione. Sono proprio questi i casi in cui l'intervento è assolutamente indicato per consolidare nel tempo il risultato transitorio.

Con questo mezzo credo che si possono discriminare con un'alta percentuale di sicurezza i casi a lesione renale primitiva e a lesione renale secondaria ma già così notevole da impedire qualsiasi miglioramento con il nostro intervento. Perchè almeno in questo tutti i chirurgi concordano nella loro esperienza che nei casi in cui esista una alterazione ipertensiva renale, come nell'esperimento di Goldblatt i nostro tentativi restano infruttuosi, e se risultati si possono avere sono da ascriversi alla fortuna che pur tante volte ci aiuta.

Ma in questi casi che purtroppo sono numerosi, già è possibile di sperare di ottenere un qualche miglioramento. Anzitutto dopo l'intervento con un'alta percentuale di casi, se anche la pressione rimane al livello preoperatorio diminuiscono e talora scompaiono quei sintomi generali che rendono incapace l'individuo al lavoro, diminuiscono e non progrediscono le lesioni a carattere ipertensivo del fondo dell'occhio e si riprende almeno in parte la facoltà visiva perduta. E, fatto importante, si osserva che il solfocianato potassico prima inefficente nella cura molto spesso è capace dopo l'intervento di dare un buon risultato (Davis e Barker). Ciò non di meno la lesione renale rappresenta lo scoglio su cui spesso minaccia di naufragare la ancora fragile barca della terapia chirurgica in questo campo. In presenza di una lesione renale, le operazioni sul simpatico trovano una indicazione meno precisa o addirittura una controindicazione quando siano di un grado abbastanza notevole e quando esistano lesioni avanzate delle arterie e del cuore. Gerbi e Rizzi hanno ottenuto un successo con la decapsulazione renale e l'enervazione operatoria e chimica del rene. Charbonier ne ha raccolto 40 casi così operati. L'intervento a cui bisogna concedere alcuni casi di successo, avrebbe lo scopo di eliminare gli spasmi dei vasi renali, di provocarne una migliore irrorazione, ma purtroppo il concetto teorico non è suffragato dalla esperienza pratica.

Oltre ad una terapia causale si può pensare talora ad una terapia sintomatica; un esempio è rappresentato dalla decompressione cranica nei casi in cui alla ipertensione arteriosa si associ una ipertensione cranica talora simulante addirittura un tumore cerebrale. Puech insiste sui risultati che così si possono ottenere. La cefalea, i sintomi oculari, specie l'edema della papilla, l'ipertensione cranica possono scomparire del tutto e contemporaneamente diminuisce la cifra della pressione

arteriosa. Con l'intervento verrebbe a influirsi sul centro mesencefalico vaso-costrittivo e particolarmente sulla neuro-ipofisi.

L'intervento che più frequentemente è stato impiegato, cioè la resezione degli splancnici, ha un indirizzo patogenetico. Pende pensa che dopo la sezione dello splancnico si riduca la secrezione adrenalinica delle due surrenali, si sopprima il tono nei vasi mesenterici e si inibiscano i riflessi ipertensivi di origine addominale; infatti l'eccitazione degli splancnici provoca ipertensione arteriosa, iper-adrenalinemia, vaso-costrizione renale e intestinale. Nell'animale normale l'interruzione di questi nervi, come avviene per gli altri segmenti del simpatico, non porta a modificazioni notevoli; è efficente nel cane iperteso qualora l'ipertensione venga ottenuta con la sezione del nervo di Hering. Altri interventi, come la surrenalectomia unilaterale, la resezione bilaterale del surrene o resezioni di altri segmenti del simpatico sembrano aver esaurito la loro indicazione per quanto guidati dal concetto di influire su uno degli elementi della catena neuro-endocrina.

La resezione degli splancnici praticata solo a sinistra e per la via sottodiaframmatica semplice e rapida e non traumatizzante può dare risultati molto brillanti. Le statistiche dei chirurgi europei, specie italiani e francesi per quanto non così numerose come quelle americane offrono frequenti esempi. Dei miei operati ho rivisto qualche mese fa una donna operata due anni prima. La pressione da 270 e 125 è a 170 e 90. Le cefalee sono scomparse, così la confusione mentale, l'emotività e l'eccitabilità. L'occhio sinistro già cieco per emorragie retiniche non è modificato, l'occhio destro non presenta più i caratteri della retinite ipertensiva; la pressione retinica diastolica prima di 80 gr. è scesa al normale e il visus è migliorato e vi è stato un aumento di 10 kg. di peso.

La sola resezione sottodiaframmatica degli splancnici di sinistra è stata allargata ad altri segmenti da chirurgi americani. Peet ha eseguito la resezione degli splancnici per via sopradiaframmatica associandovi l'asportazione del nono, decimo, undicesimo e dodicesimo ganglio; l'operazione viene eseguita bilateralmente e a questo livello per interessare le fibre pregangionari invece che le post-ganglionari. Il Peet osserva a questo proposito che White ha dimostrato che i vasi privati dai loro nervi simpatici post-ganglionari diventano molto più sensibili alla adrenalina; lo stesso succede per i vasi renali ed egli crede che ciò sia particolarmente importante per portare un miglioramento sulla funzione renale. Ha operato 375 pazienti ottenendo nel 48 % una riduzione permanente della pressione sanguigna, nel 76 % un miglioramento importante o completo della sintomatologia.

L'incapacità al lavoro è grandemente diminuita, i segni oculari presentarono un miglioramento nel 76 % dei casi. Il cuore si ridusse a dimensioni normali in più della metà dei casi, la funzione renale migliorò notevolmente in circa il 50 %.

Adson ha combinato alla resezione sottodiaframmatica degli splacnici l'asportazione del primo e secondo ganglio lombare, la resezione dei gangli celiaci e la resezione bilaterale della surrenale cui ha rinunciato solo recentemente. Di 131 casi ha avuto nel 20 % una guarigione completa, nel 35 % notevoli miglioramenti, nel 25 % miglioramenti modici, nel 20 % nessun risultato. Questo per quanto riguarda le cifre della pressione sanguigna, mentre la sintomatologia si ridusse o scomparve nel 75 % dei casi.

Un'altra grossa statistica è quella del Crile il quale con tecnica sua personale ha combinato alla resezione bilaterale degli splancnici l'interruzione del plesso celiaco, l'asportazione bilaterale del ganglio celiaco, l'interruzione delle fibre simpatiche preaortiche situate fra i due gangli celiaci. Egli ha così operato 398 casi ottenendo nell'87 % un miglioramento dei sintomi, nel 35 % la loro scomparsa, nel 39 % il ritorno al normale della pressione diastolica.

Ricorderò appena perchè ormai abbandonata, l'operazione praticata da Adson, Craige, Heuer e Page di rizotomia anteriore e precisamente della sezione intradurale bilaterale delle radici anteriori dalla 6ª dorsale alla seconda lombare. Operazione pericolosa e mutilante per la paralisi secondaria dei muscoli addominali e con risultati forse inferiori ad altri tipi di intervento.

In conclusione, l'intervento che oggi consiglieremo è l'interruzione degli splancnici sia per via sopra che sottodiaframmatica con l'intento di portare una vaso-dilatazione nell'ampio territorio vascolare intestinale, un miglioramento funzionale del rene e l'interruzione delle vie antagoniste ai nervi pressori del seno carotideo. Crediamo utile di aggiungere nella via sottodiaframmatica l'ispezione diretta del rene e della surrenale.

Da questa rivista dei tentativi chirurgici di cura dell'ipertensione e dalle osservazioni derivate dalla mia modesta esperienza credo che dai risultati fin'ora ottenuti si possa ricavare un senso di più largo ottimismo su quanto si potrà ottenere forse fra non molto. L'argomento non può non suscitare il più vivo interesse nei chirurgi perchè è forse l'esempio più evidente di quella chirurgia funzionale che apre nuovi campi alla nostra attività. Ma in questo lavoro noi abbiamo bisogno della col- è non solo utile ma indispensabile nello studio e nella scelta dei malati. Siamo ben lontani dall'affermazione semplicista di Vaquez che credeva l'operazione indicata per ipertesi a pressione enorme condannati a breve scadenza. L'indicazione operatoria deve essere il risultato di una osservazione clinica quanto mai accurata e alla clinica in ultima analisi

spetterà il giudizio sui risultati dell'opera e sul valore dei nostri tentativi.

La selezione dei casi costituisce un problema difficile che impone una conoscenza teorica completa e un giudizio critico e intelligente sorretto da esperienza: se la collaborazione fra i cultori delle varie branche della medicina è augurabile e in atto in vari campi è non solo utile ma indispensabile nello studio dei pazienti ipertesi in cui vari organi e vari sistemi sono interessati. In questo campo si agitano problemi che interessano tutte le branche della medicina e il lavoro comune riporta all'individuo la somma delle analisi in un giudizio sintetico sulla indicazione curativa. Dalle conseguenze che ne derivano un nuovo processo di analisi completerà lo studio e perfezionerà le conoscenze in questo argomento che abbiamo premesso essere ancora in via di elaborazione.

24 gennaio 1940-XVIII.

RIASSUNTO.

Riferite alcune osservazioni cliniche e i tentativi sperimentali di riproduzione della ipertensione arteriosa, l'A. passa in rassegna i vari tipi di interventi, proposti sul surrene, sul rene, su ghiandole a secrezione interna e sul simpatico. L'A. si sofferma specialmente su questo tipo di interventi e particolarmente sulla resezione degli splancnici. Enumera i vari metodi atti a stabilire una indicazione operatoria, tra cui crede particolarmente importante l'alcoolizzazione dello splancnico. Nei casi ben scelti ritiene indicata la resezione degli splancnici, che dà risultati molto notevoli.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
PADIGLIONE MOSCATI
Primario prof. A. MAJOCCHI.

In tema di terapia di raffreddamento nelle appendiciti.

Dott. prof. LANFRANCO LAZZARINI.

Il 17 giugno 1938, il dott. Agostoni comunicava alla Soc. Lombarda di med. alcuni casi di appendicite acuta portati al raffreddamento mediante una cura medicamentosa bismuto-lecitina, analogamente a quanto è in uso fra i medici per la cura delle tonsilliti acute.

A questa terapia medicamentosa di raffreddamento portava in seguito un contributo favorevole il Melloni e quindi, con più casi, il Sacchetti.

Successivamente interloquivano in senso contrario, ma senza aver saggiato il farmaco ed in tono polemico, il Gucci ed il Cavina, e quindi, con sano eclettismo, il Graziani.

Nel complesso tutti questi AA. sono d'accordo nel considerare l'appendicite acuta come di pertinenza chirurgica, ma nella foga della polemica si sono dimenticati di dimostrare il nocciolo della questione, e cioè se effettivamente il mezzo bismuto-lecitina rappresenti un rimedio efficace ad un più rapido raffreddamento delle forme acute di appendicite, quando l'intervento immediato non è indicato.

Io sono stato e sono un convinto e tenace assertore dell'operazione d'urgenza nell'appendicite acuta (Lazzarini, *Considerazioni sopra 800 casi di appendicite acuta operati*, Riforma Med., 1937), ma sono convinto anche che, all'infuori delle prime 24-48 ore, non tutte le appendiciti acute debbano essere operate subito.

Vi sono difatti forme nelle quali vi ha tendenza alla formazione dell'ascesso, che giungono a noi in periodo intermedio, e nelle quali un'attesa armata è più conveniente di un intervento precipitato, in quanto che si dà tempo all'ascesso di delimitarsi, con conseguente decorso post-operativo meno tumultuoso.

Esistono poi forme con tendenza al raffreddamento e forme acute che giungono a noi già datanti da 3-4 giorni, nelle quali predominano la febbre alta ed il dolore intenso (non intendo qui parlare delle a. iperacute), o che complicano altre malattie infettive acute, quali una influenza od una bronco-polmonite od una tonsillite.

In tali casi nei quali un'operazione immediata potrebbe significare la caduta delle di-

fese e l'insorgere di una peritonite generalizzata, è bene soprassedere all'intervento qualche giorno in modo che la flogosi acuta appendicolare si attenui e che la difesa si stabilizzi.

In questi aa. adunque, che debbono venire vagliati caso per caso dal chirurgo, e nei quali l'indicazione all'operazione immediata è discutibile, e specialmente in quei casi con tendenza alla regressione, è utile tentare prima il raffreddamento del fatto flogistico acuto, onde poter operare più tardi con maggior calma e sicurezza.

Vi sono poi altre considerazioni che possono da sole consigliare o addirittura imporre il tentativo di raffreddamento: condizioni di resistenza, costituzione, complicazioni, ecc., ed insieme quegli elementi che sfuggono ad ogni precisazione scientifica: condizioni di famiglia, di ambiente o di altro genere, e non ultimi il rifiuto dell'ammalato di farsi operare subito, nonchè le particolari convinzioni, l'esperienza e l'attitudine del chirurgo.

Per questi motivi perciò e conscio dell'importanza che può avere anche per il chirurgo una terapia medicamentosa di raffreddamento delle appendiciti acute, ho voluto saggiare personalmente il valore del composto bismuto-lecitina preconizzato dall'Agostoni, su ammalati di appendicite acuta, subacuta e cronica.

Sono stati scartati a priori le forme gangrenose e perforative, complicate da peritonite circoscritta o generalizzata, in quanto che sarebbe stato delittuoso perdere tempo con tentativi di raffreddamento quando era evidente che nessuna cura all'infuori dell'operazione immediata sarebbe stata utile.

Nelle forme invece nelle quali era nostra consuetudine di tentare il raffreddamento, abbiamo saggiato la terapia bismuto-lecitina (Bi Valeas), in qualche caso da sola, ma per lo più associata ai comuni presidi terapeutici (dieta di rigore, borsa di ghiaccio, riposo in letto, ecc.).

In altri aa. nelle medesime condizioni e nel medesimo periodo di tempo abbiamo seguito, come controllo, la solita terapia di raffreddamento.

Gli aa. curati in tale modo sono stati: appendiciti acute 20; appendiciti subacute od a ripetizione 5; appendiciti croniche 8.

Molte di queste forme hanno avuto il controllo operatorio e quindi anatomo-patologico dell'appendice estirpata.

In tutti questi aa. trattati è apparsa evidente la rapidità con la quale si è avuta la regressione dei fatti di acuzie. Tale rapidità di regressione è apparsa più evidente se confrontata con i casi curati esclusivamente con i comuni metodi, in quanto che mentre nei casi trattati anche con bismuto-lecitina la media del periodo di raffreddamento è stata inferiore ad una settimana, nei casi trattati con i comuni metodi la media del tempo di raffreddamento si è aggirata sui 10-15 giorni, e gli aa. sono stati operati dopo oltre un mese.

Questo migliore e più rapido raffreddamento del fatto appendicolare acuto appare manifesto anche se si consideri la diminuzione della leucocitosi, la caduta della febbre, la scomparsa dei dolori e della difesa addominale.

Questi aa. sono stati potuti operare in media dopo 7-10 giorni dall'attacco acuto ed all'intervento è stato trovato nella maggior parte il quadro della appendicite follicolare in stato di regressione.

Un caso ha fatto eccezione, e cioè il caso 6, nel quale all'operazione venne repertata una raccolta ascessuale che non poteva venire influenzata dalla terapia d'attesa.

Abbiamo trattato con il bismuto-lecitina 5 casi di appendicite subacuta od a ripetizione, con gli stesi risultati che per forme acute. In questi aa. però, nei quali la tendenza alla risoluzione spontanea della crisi acuta è manifesta, il valore del medicamento non è apparso apprezzabile in modo certo; e pertanto, anche in considerazione della diffidenza con la quale siamo soliti accogliere terapie mediche in fatto di appendicite, considero i risultati ottenuti come negativi, o per lo meno come molto discutibili.

Ho infine sottoposti a trattamento bismuto-lecitina 8 aa.. di appendicite cronica, ed in tutti i casi il risultato è stato completamente negativo.

*
* *

Riassumendo, si può affermare che la terapia bismuto-lecitina, associata alle comuni provvidenze rivolte al raffreddamento di una appendicite acuta nella quale non vi sia indicazione all'intervento operativo immediato, apporti un reale vantaggio in quanto che abbrevia il periodo di raffreddamento e rende possibile l'operazione entro un lasso di tempo meno lungo.

Ciò non vuol dire però che il medico, fidando nel valore del rimedio, si debba addormentare nella sicurezza della risoluzione del fatto acuto appendicolare: in tema di appendice ciecale, che talora nelle sue manifestazioni morbose, anche gravi, è capace di trarre in inganno anche i più esperti, l'aspettativa

APPENDICITI ACUTE TRATTATE

N. d'ordine	Nome, età	Data d'ingresso	Notizie anamnestiche e sintomatologia all'ingresso	Decorso	Terapia	Data operazione	Reperto operatorio	Esito
1	P. A. anni 45	31/VII/1939	Attacco appendicitico da 3 giorni. Vomito. Alvo chiuso. T. 38. P. 96. Triade di Dieulafoy.	Dopo due giorni caduta della febbre, dolori diminuiti; in quarta giornata scomparsa completa della sintomatologia acuta. Dopo 9 g. Glob. bianchi 8100.	Riposo. Ghiaccio. Dieta idrica. Bi Valeas.	11/VIII dopo 10 giorni	Appendice fissa per aderenze all'apice, ingrossata, congesta.	Guarito 20/VIII/39
2	A. A. anni 32	25/V/1939	Colica appendicolare 1 anno addietro. Colica attuale da 3 giorni. Vomito. Alvo chiuso. T. 40,2. Addome teso. Triade di Dieulafoy. Glob. bianchi 9400.	Dopo quattro giorni caduta della sintomatologia acuta. Persiste dolenzia e lieve difesa della parte che fanno procrastinare l'intervento alla 19a giornata, malgrado il favorevole numero dei leucociti (7100).	id.	13/VI dopo 19 giorni	Appendice libera, modicamente ingrossata ed edematosa, con note di iperemia diffusa. Aperta si notano segni di flogosi follicolare.	Guarito 2/VII/39
3	G. L. anni 23	30/VI/1939	Colica appendicolare in 2 tempi: I: 15 giorni addietro; II: ieri. T. 38. Vomito. Difesa addominale.	In seconda giornata remissione dei fatti acuti. Gl. b. 4300.	id.	5/VII dopo 5 giorni	Appendice libera, grossa tozza, congesta. Aperta note di infiammazione acuta della mucosa.	Guarito 16/VII
4	S. G. anni 37	22/II/1939	Colica da 2 giorni. Vomito. Alvo chiuso. T. 37,2. Triade di Dieulafoy attenuata. Glob. bianchi 11000.	In quinta giornata regressione completa dei sintomi acuti.	id.		L'a. rifiuta in primo tempo l'intervento e ritorna a domicilio. Viene operata di appendicectomia a freddo due mesi dopo.	Guarito dopo l'operaz.
5	C. C. anni 25	18/V/1939	Appendicitica da lungo tempo. Colica attuale da 8 giorni. Alvo chiuso. Febbre (T. 38,5). Dolore e difesa alla fossa iliaca destra. Iperestesia cutanea addominale. Note di tonsillite.	In quinta giornata regressione della sintomatologia. L'a. rifiuta l'intervento e ritorna spontaneamente a domicilio.	id.			Perduta di vista
6	C. E. anni 2	13/V/1939	Appendicitica da tempo. Colica attuale da 3 giorni. Vomito. Febbre (T. 38,9). Alvo chiuso. Triade di Dieulafoy. Glob. bianchi 11200.	In seconda giornata regressione dei sintomi acuti. Glob. bianchi 6800. In terza giornata nuova colica, per cui viene operato il giorno dopo.	id.	17/V/39 dopo 4 giorni	Appendicite flemmonosa, piccola raccolta purulenta in corrispondenza all'apice dell'appendice.	Guarito 2/VI/39
7	G. R. anni 17	25/IV/1939	Prima colica appendicolare l'anno addietro. Colica attuale da 4 giorni. Febbre (T. 37,6). Triade di Dieulafoy.	In terza giornata regressione completa dei sintomi acuti. L'a. rifiuta l'intervento e ritorna a domicilio.	id.			Rientra in Ospedale dopo 15 giorni per recidiva di colica appendicolare.

N. d'ordine	Nome, età	Data d'ingresso	Notizie anamnestiche e sintomatologia all'ingresso	Decorso	Terapia	Data operazione	Reperto operatorio	Esito
8	V. V. anni 23	24/IV/1939	Colica da 3 giorni. Febbre (T. 39). Vomito. Addome teso, doloroso ed in difesa su tutti i quadranti, con accentuazione al quadr. infer. destro. Glob. bianchi 10400.	In seconda giornata caduta della febbre e diminuzione notevole del dolore e della difesa. In quinta giornata glob. bianchi 4000. L'a. rifiuta l'intervento e ritorna a domicilio.	Riposo in letto Ghiaccio, dieta idrica. Bi Valeas.			Viene operato di appendicectomia a freddo un mese dopo.
9	T. M. anni 17	12/IV/1939	Colica da 5 giorni. Nausee. T. 38,7. Alvo chiuso. Triade di Dieulafoy. Sintomi disurici.	Remissione della sintomatologia in quarta giornata.	id.	22/IV/39 dopo 9 giorn	Appendice lunga, grossa, congesta, libera. Aperta, si trova ipertrofia congestizia della mucosa.	Guarito 1/V/39
10	P. G. anni 18	15/V/1939	Colica da 2 giorni. Dolorabilità e difesa alla fossa iliaca destra. Glob. bianchi 8100.	In seconda giornata remissione completa della sintomatologia acuta.	id.	24/V dopo 8 giorni	Appendice libera, grossa, congesta. Aperta: note di flogosi della mucosa.	Guarito 5/VI/39
11	T. S. anni 32	24/VII/1939	Primo attacco 2 anni addietro. Attacco attuale da 2 giorni. T. 38,8. Addome teso. Triade di Dieulafoy.	Remissione della sintomatologia acuta in terza giornata. L'a. appena migliorato ritorna a domicilio non intendendo farsi operare.	id.			Perduto di vista
12	B. E. anni 17	7/IV/1939	Da tre giorni colica appendicolare, alvo chiuso, vomito, T. 38,9. Triade di Dieulafoy molto marcata. Glob. bianchi 12300.	Remissione della sindrome acuta in seconda giornata. In sesta giornata Gl. bianchi 7600.	id.	18/IV/39 dopo 10 giorn	Appendice libera, tumida, alquanto congesta. Aperta si reperta una appendicite follicolare.	Guarito 27/IV/39
13	D. A. anni 25	7/IV/1939	Colica da 5 giorni aggravatasi dopo purgante. Vomito alimentare. Febbre. Addome poco trattabile con difesa dolorosa alla fossa iliaca destra. Glob. bianchi 10700.	Remissione della sintomatologia acuta in seconda giornata. In quarta giornata Glob. bianchi 6900.	id	14/IV/39 dopo 6 giorni	Appendice libera, edematosa, congesta. Aperta si trova ipertrofia della mucosa con follicoli arrossati.	Guarito 22/IV/39
14	C. B. anni 30	10/IV/1939	Da 10 giorni colica appendicolare. Febbre (T. 38,2). Addome poco trattabile, doloroso ovunque Difesa spiccata alla regione appendicolare.	In seconda giornata caduta della febbre. In quinta era scomparsa ogni fenomenologia di acuzie. L'a. rifiuta l'intervento.	id.			Perduto di vista

N. d'ordine	Nome, età	Data d'ingresso	Notizie anamnestiche e sintomatologia all'ingresso	Decorso	Terapia	Data operazione	Reperto operatorio	Esito
15	A. M. anni 56	7/VII/1939	Attacco acuto di appendicite da 2 giorni. Vomito. T. 38,5. Triade di Dieulafoy.	Regressione dei sintomi di acuzie in quarta giornata. Appena migliorato l'a. ritorna a domicilio.	Riposo in letto Ghiaccio, dieta idrica. Bi Valeas.			Residuata una forma di app. a ricaduta l'a. persiste nel rifiuto dell'operazione.
16	B. A. anni 28	1/IX/1938	In pieno benessere colica appendicolare. Febfre (T. 39). Difesa addominale, dolorabilità, iperestesia spiccata alla fossa iliaca destra.	L'a. ha beneficiato di una regressione notevole dei sintomi già il giorno successivo, e dopo 8 giorni è potuto partire per un lungo viaggio in treno, durante il quale però ha avuto una recidiva.	id.			Residuata appendicite cronica. l'a. persiste nel rifiutare l'operazione,
17	C. M. anni 32	3/III/1939	Colitica da anni. Negli ultimi mesi coliche susseguentesi. Attacco acuto da ieri dopo purgante. Triade di Dieulafoy. Vomito.	Migliorato rapidamente. In 8ª giornata lascia il letto. Non vuole farsi operare.	id.			Residua una forma cronica di appendicite.
18	P. M. anni 52	19/XI/1939	Appendicitico da un anno. Da 3 giorni attacco acuto, con alvo chiuso, febbre (T. 37,9), Triade di Dieulafoy. Gl. bianchi 8700.	Regressione della sinmatologia acuta in terza giornata. L'a. può lasciare il letto in 5ª giornata (Glob. bianchi 5500).	id.			Sintomi di appendicite cronica.
19	C. L.	18/V/1939	Attacco acuto da 2 giorni. Dolori. T. 39. Diarrea. accentuazione dopo purgante. Triade di Dieulafoy.	In terza giornata rapida caduta della febbre e dei sintomi acuti. Riacutizzazione in 6ª giornata e successiva defervescenza.	id.	7/VI dopo 19 giorn	Appendice in parte distrutta. Piccolo ascesso iliaco destro.	Guarito 22/VI/39
20	M. C.	24/V/1939	Attacco acuto da 5 giorni. Dolori addominali. Vomito alimentare. T. 37,8. Alvo chiuso. Triade di Dieulafoy.	In seconda giornata regressione della sintomatologia di acuzie.	id.	29/V dopo 5 giorni	Appendice grossa come un dito di aduto, gangrenata all'apice che è aderente alla faccia posteriore del cieco. Non pus.	

deve essere sempre molto vigile ed oculata, ed in ogni caso il medico pratico *non deve ritardare mai* di consegnare il malato al chirurgo che è il miglior giudice dell'opportunità e del momento di intervenire.

Nè tale terapia deve cullare nella illusione di evitare in definitiva l'operazione. L'assioma: « appendicite = imperativo di asportare il vermio », è categorico anche per tali aa., ed il medico che fidasse su la terapia bismuto-lecitinica per procrastinare sine die l'operazione, commetterebbe un grave errore; non solo perchè una recidiva dell'attacco acuto è sempre immanente, ma anche perchè tale terapia non ha nessuna influenza su la cronicizzazione del fatto acuto stesso e su le ripercussioni che il vermio ammalato ha su i varii organi dell'addome.

Intesa con tali limitazioni e con tali criteri di prudenza, ritengo che la terapia bismuto-lecitinica possa essere utile come coadiuvante della terapia di raffreddamento nell'infiammazione acuta del vermio, e che pertanto essa possa essere accolta con fiducia nell'armamentario medico moderno.

RIASSUNTO.

L'A. saggia in 20 casi di appendicite acuta la terapia bismuto-lecitinica, (Bi-Valeas), come coadiuvante nella terapia di raffreddamento di questa forma, e ne rileva il vantaggio ottenuto.

Ammonisce però che, se pure il trattamento bismuto-lecitina deve essere considerato con fiducia, essa non si sostituisce alla cura chirurgica che in ultimo rappresenta la sola terapia dell'appendicite.

BIBLIOGRAFIA.

AGOSTONI. *Nuovo trattamento Medico dell'Appendicite Acuta.* Atti e Memorie della Società Lombarda di Medicina. Vol. VI; 1938-XVI, pag. 427.

MELLONI. *Contributo alla terapia di raffreddamento nell'appendicite acuta.* Pensiero Medico, novembre 1938, n. 11, pag. 333.

SACCHETTI. *Contributo alla terapia medica dell'appendicite acuta e subacuta con iniezioni di bismuto.* Il Policlinico, febbraio 1939, n. 9.

GUCCI. *A proposito di cura medica dell'appendicite.* Il Policlinico, aprile 1939, n. 14.

CAVINA. *A proposito di cura medica dell'appendicite.* Il Policlinico, maggio 1939, n. 19, pag. 876.

AIEVOLI. *Sulla cura Medica dell'appendicite.* Il Policlinico, giugno 1939, n. 23, pag. 1051.

GRAZIANI. *Ancora sull'appendicite.* Il Policlinico, settembre 1939, n. 37, pag. 1635.

AGOSTONI. *Precisazioni sul trattamento bismutico dell'appendicite acuta.* Il Policlinico, dicembre 1939, n. 49, pag. 2107.

AVVERTENZA. Con questa nota riassuntiva e chiarificatrice del dibattito, riteniamo chiusa la polemica cortese ed interessante. *La Redazione.*

SUNTI E RASSEGNE

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Sull'etiologia della policitemia.

(C. DIENST. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 29 dicembre 1939).

Pur non essendo chiara l'etiologia della poliglobulia, pure si ritiene che la causa più importante sia la deficienza di O_2. Questo è noto da sicure ricerche.

Il numero degli eritrociti e il valore dell'Hb aumentano nel soggiorno nelle grandi altitudini; ma l'aumento è soltanto passeggero se il detto soggiorno dura poco (scalatori di montagne, aviatori, aereostieri, ecc.); mentre nei lunghi soggiorni a grandi altitudini tale aumento diviene permanente e diminuisce, dopo la discesa, dapprima lentamente per raggiungere i valori normali dopo settimane. Anche nelle camere di depressione aumentano prontamente gli eritrociti e l'Hb.

La poliglobulia si riscontra anche nei vizi di cuore e nelle croniche malattie del polmone, soprattutto congenite (pervietà del dotto di Botallo, pervietà del setto, ecc.); ma talvolta anche nelle malattie di cuore acquisite; ma anche in questi casi la causa principale è la deficienza di O_2.

Con analogo meccanismo sembra si producano le poliglobulie negli avvelenamenti da CO, nei quali la modificazione ematica è passeggera relativamente alla causa che la produce. È noto infatti che i veleni capaci di indurre comunque alterazioni ematiche possono produrre aumento degli eritrociti e dell'Hb.

La causa comune delle diverse poliglobulie è dunque la deficienza di O_2. La passeggera anatossiemie induce un passeggero svuotamento dei depositi di sangue dell'organismo, come per l'iniezione di adrenalina, mentre la duratura deficienza di O_2 induce una stimolazione alla capacità formativa del midollo osseo con una maggior produzione di globuli rossi. In tutte queste condizioni si tratta sempre di un fenomeno di compenso per ovviare alla deficienza di O_2.

Che la deficienza di O_2 possa essere la causa della policitemia è stato già da molti anni dimostrato da Lommel che ha descritto il caso di un uomo che già da 33 anni presentava congestioni cerebrali e senso di peso al ventre, la cui autopsia dimostrò una progressiva lentamente sopraggiunta trombosi infiammatoria, con ischemia generale della circolazione portale, delle collaterali venose che avevano sostituito la porta colpita. Pur attribuendo la policitemia alla deficienza di O_2, dovuta sia alla diminuzione di capacità dell'Hb di fissare O_2, sia alle alterazioni infiammatorie, Lommel stesso ha posto in risalto la mancanza della policitemia nelle cirrosi epatiche e nelle

croniche congestioni portali; mentre d'altra parte ulteriori ricerche hanno dimostrato che nella policitemia è normale la capacità dell'Hb di fissare O_2.

Successive ricerche hanno posto in luce che nel decorso di trombosi dei più diversi territori vascolari (estremità, tubo gastro-intestinale, milza, trombo-arterite polmonare, ecc.) appaiono collateralmente i fenomeni della policitemia.

Jakobi ha descritto il caso di un uomo che avendo riportato flebite e periostite traumatiche alla gamba destra, presentò nello stesso anno una trombosi della gamba sin., l'anno dopo varici e flebiti recidivanti, tre anni dopo trombosi ai vasi cutanei inguinali, ai vasi della gamba sin. e agli organi genitali. L'autopsia trovò un infarto emorragico del tenue e del crasso accanto ad una policitemia.

Gulke ha descritto il caso di un uomo che ebbe una paralisi peroniera in seguito ad una ferita di guerra alla gamba sin., che un anno dopo ebbe gonfiore al piede destro, due anni dopo alla gamba sin. Dopo 7 anni il p. notò capogiri ai quali si aggiunsero in seguito rossore al volto ed emorragie da varici delle gambe; dopo 14 anni (dalla ferita iniziale) ricevette la diagnosi di policitemia. Anche in questo caso, come generalmente avviene, la policitemia si manifestò lentamente mentre si sono volute riguardare le alterazioni venose come causa della policitemia.

Ai casi riportati l'A. aggiunge un caso personale di un uomo di 34 anni che ebbe nel 1915 una infezione tifoidea durata 3 mesi, e che nel decorso della malattia ebbe una trombosi alla gamba sin. Successivamente si manifestarono gonfiore alla gamba destra ed edemi bilateralmente. Nel 1924 il p. notò il « viso arrossato », nel 1928 fu constatato un quadro ematico tipico di policitemia, la cui diagnosi venne posta nel 1935, quando furono anche constatati tumore di milza, aumento della pressione art., albuminuria ed edemi. In questo caso è chiaro che la trombosi della gamba sin. è da imputare alla grave malattia tifosa, che la trombosi della gamba destra può considerarsi come una complicazione della malattia marantica e che la policitemia si è manifestata 13 anni dopo le flebiti.

Nel primo dei casi riferiti si tratta di una deficiente fissazione di O_2; nell'ultimo dei casi, e così nelle trombosi croniche, di una aumentata perdita di O_2 per la stasi nei tessuti.

L'A. ha eseguito delle esperienze in individui in cui venivano determinati i valori dell'Hb, e dei globuli rossi prima, durante (di ora in ora fino a tre ore) e dopo aver legato loro le estremità inferiori con lacci di gomma.

Queste ricerche hanno dimostrato nei 5 pazienti posti in esperimento, che non solo nei territori in stato di stasi, ma anche negli altri territori dell'organismo si può constatare un passeggero aumento dei globuli rossi e dell'Hb. Il fenomeno è analogo a quanto avviene nelle grandi altitudini. Come nelle durature anossiemie persistono più a lungo le modificazioni ematiche, così si può ammettere che analoghe modificazioni si verifichino nella stasi cronica di più grandi distretti dell'organismo.

Le ricerche sono state eseguite dall'A. su giovani e forti uomini, e mai si sono verificati edemi nelle estremità sperimentalmente legate. È possibile anche ritenere che l'aumento dei G. R. e dell'Hb non fosse dovuta ad una invisibile trasudazione plasmatica, in quanto che se anche una invisibile trasudazione si fosse potuta produrre questa non sarebbe stata sufficiente a spiegare un aumento dei G. R. del 20 %.

L'A. conclude affermando che non sono certamente molto frequenti i casi da lui riportati e descritti e che il poter stabilire un rapporto etiologico stretto tra trombosi e poliglobulia è devoluto a molte ulteriori osservazioni potendo le due condizioni essersi casualmente in coincidenza presentate; rimane però la constatazione che la principale causa della policitemia è la deficienza di O_2.

MARCONI.

Anemia perniciosa e anemia ipocromica essenziale.

(COTTI e BALESTRIERI. *Haematologica XX*, fascicolo IX).

Malgrado l'aspetto ematologico fondamentalmente diverso — anzi da un certo punto di vista diametralmente opposto — e la differenza fondamentale della patogenesi, è stata da più AA. prospettata la possibilità di un rapporto fra anemia perniciosa e anemia ipocromica essenziale (anemia microcitica di Faber).

Gli elementi comuni sono i seguenti:

a. p: achilia, talora anche ferrosensibilità, fattore familiare costituzionale, talora anche microcitosi, inizio o fasi come di a. i. e.

a. i. e.: achilia, ferrosensibilità, fattore familiare costituzionale, microcitosi.

Gli AA. riportano appunto una interessante osservazione di un a. p. sviluppatasi in un soggetto presentante un'a. i. e. a carattere familiare. Sarebbe erroneo tuttavia sovrapporre le due sindromi, anche se possono associarsi o succedersi.

Anzitutto l'achilia è *funzionalmente* profondamente diversa (v. studi degli AA. americani) e d'altronde esso non rappresenta in ambedue che uno dei fattori della complessa, diversa patogenesi. È infatti noto che la gastrectomia solo rarissimamente riproduce una delle due malattie, ma solo in qualche caso una modica anemia microcitica e che si produce forse con altro meccanismo.

Se analogie si vogliono porre fra a. p. e a. i. e. esse si riferiscono, secondo l'opinione moder-

na, al comune fondamento costituzionale ed ereditario. Esistono anzi delle famiglie in cui ricorrono spesso. ambedue le m.

In che cosa consista questo fattore è difficile dire, si tratta probabilmente di una comune, se pure differente, meiopragia gastrica. In queste famiglie sono infatti frequenti disturbi digestivi, glossiti, ecc. *sibilia.*

RENI E VIE URINARIE.

Cura della cistite.

(W. BRANDESKY. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 13 ottobre 1939).

La cura della cistite seguirà criteri differenti a seconda che l'affezione della vescica sia primitiva o secondaria. Nell'uomo la cistite è quasi sempre secondaria, nella donna è spesso primitiva. Vi sono 4 grandi gruppi di cistiti secondarie: cistiti da ritenzione, cistiti da corpi estranei compresi i calcoli, cistiti da propagazione di processi infiammatori vicini e cistiti di origine renale. Le forme da ritenzione, frequenti nell'uomo, non sono però del tutto rare neppure nella donna. Propagazioni flogistiche da organi vicini avvengono nella donna in seguito ad annessiti e specialmente a cerviciti, nell'uomo in seguito a prostatiti. Per svelare la prostatite cronica non basta l'esame rettale, è necessario colorare il secreto ottenuto dopo il massaggio della prostata. La prostatite non è sempre di origine gonococcica, sono relativamente frequenti le prostatiti metastatiche (malattie da raffreddamento e soprattutto foci infettivi nei denti o nelle tonsille. Spesso sono necessari esami ausiliari per riconoscere la natura secondaria delle cistiti da causa renale, p. es. da pielite cronica.

In genere in ogni caso di cistite si dovrebbe eseguire una cistoscopia. Anche nei casi acuti la cistoscopia è sopportata bene, purchè si abbia l'avvertenza di non riempire troppo la vescica e di dare poi farmaci analgetici che mettano a riposo la vescica. Solo nei casi non frequenti in cui i dolori sono intensi e i tenesmi si ripetono a brevi intervalli è controindicata la cistoscopia: per lo più questi casi guariscono rapidamente, in caso contrario si farà la cistoscopia appena si sono attenuati i fenomeni più acuti. Non esiste una terapia specifica verso i differenti agenti della cistite: però è certo che alcuni batteri reagiscono ad alcune date terapie, soprattutto a base di disinfettanti urinari, meglio che ad altre. Mentre nelle cistiti croniche si riscontra quasi sempre il b. coli, nelle forme acute si isola per lo più lo stafilococco negli uomini, il coli nelle donne. Se possibile è bene eseguire sempre un esame batteriologico della urina; nelle forme croniche l'esame va ripetuto, perchè sono frequenti i cambiamenti di flora, in seguito ad infezioni miste. Cistiti con reperto batteriologico negativo fanno sospettare una origine tubercolare; una urina sterile è frequente anche nelle cistiti post gonorragiche.

Nelle cistiti acute si ricorre soprattutto alla terapia generale e interna. Riposo a letto, dieta non irritante. È mal tollerata la acidificazione e la concentrazione della urina, non sono in generale tollerati i preparati di urotropina. Tollerato e utile è invece il salolo, attivo anche nella urina alcalina. Buoni effetti si ottengono dai sulfamidici, controindicati solo in casi di malattie del fegato o dell'intestino: in tutti i casi si eviterà di dare contemporaneamente preparati di zolfo (pericolo di emoglobinuria). Contro i dolori supposte con belladonna e papaverina. Tranne che nei casi acutissimi si ricorrerà anche alla cura locale che rende molto più raro il passaggio della cistite ad uno stadio cronico. Le istillazioni vescicali sono meno irritanti ma anche meno efficaci che le lavande: le prime sono quindi da preferirsi nelle forme più acute, le seconde nelle forme più croniche e tenaci. Perchè la istillazione sia efficace le quantità di liquido devono essere non inferiori ai 20-40 cm. Se vi sono forti disturbi disurici i disinfettanti non vengono tollerati: in questi casi danno ottimi risultati le istillazioni anestetizzanti che calmano i dolori e mettono a completo riposo l'organo ammalato. Azione sedativa e antisettica allo stesso tempo hanno alcuni preparati di argento colloidale in soluzione oleosa.

Nelle forme croniche si ottengono i risultati migliori con i sulfamidici. L'albucid riesce efficace in alcuni casi in cui il prontosil non ha dato risultati. Per uso prolungato si danno 1-2 tavolette al giorno. Se dopo avere dato in tutto 20-40 tavolette (10-20 gr.) non si nota un sensibile miglioramento è inutile insistere con tale terapia. I preparati di urotropina agiscono tanto meglio quanto più è acida l'urina. Se esiste fosfaturia è utilissimo dare insieme con l'urotropina, dell'acido fosforico. Contro il b. coli è particolarmente efficace l'acido mandelico. Gli stafilococchi sono sensibili al neosalvarsan: prima iniezione endovenosa di 0,15, oltre 5-6 di 0,30. L'acido mandelico agisce solo nell'urina acida: è controindicato se il rene non è del tutto normale. Una adatta dieta contribuisce alla acidificazione dell'urina: poco latte e patate, molta carne e grasso. Nei casi acuti può invece essere utile una alcalinizzazione dell'urina: si prescriverà allora una dieta priva di carne, molto latte e latticini, e si darà 3 volte al giorno dopo i pasti un cucchiaino di citrato di sodio e bicarbonato di sodio. In forme ostinate da coli è talora efficace una cura alternante di acidificazione e di alcalinizzazione, di in 3 giorni: durante la prima si danno forti dosi di urotropina, durante la seconda, di salolo. La cura locale consiste nei casi cronici in lavaggi vescicali con soluzione borica al 3 % o con il vecchio nitrato di argento

(1/2 %-1 %). Raramente usate, ma efficacissime nelle forme croniche gravi solo le istillazioni di nitrato d'argeto al 2 % (20 cmc. lasciati 10 minuti in vescica, previa anastetizzazione con soluzione di novocaina al 1/2 %; infine lavaggio della vescica con soluzione fisiologica. Nelle cistiti gravi di donne vecchie in cui non passano presto gli intensi disturbi soggettivi dello stadio acuto può essere indicato il catetere permanente, lasciato in sito per 3-5 giorni.

Particolari forme di cistite sono la cistite ulcerosa e la incrostante. Nella prima, sulfamidici e istillazioni di 20 cmc. di olio con guaiacolo e iodoformio. Le forme incrostanti sono date specialmente dal proteus; l'urina è alcalina. Sono forme che si osservano spesso nei prostatici. Si curano con l'acido mandelico per via interna e per lavaggi vescicali. Acidificare l'urina. Talora è necessaria la desincrostazione endovescicale od operatoria.

Nei casi frequenti di irritazione del collo vescicale in donne (scarsi reperti cistoscopici, intensi fenomeni soggettivi; segni di cosiddetta trigono-cistite con alterazioni epiteliali) si consigliano lavaggi di citrato di argento: nelle forme croniche, pennellazione del collo vescicale con tamponi imbevuti di soluzione 2-4 % di nitrato d'argento. P.

DIVAGAZIONI

Terapie del futuro. La pioterapia asettica nel trattamento delle ferite.

L'ascesso di fissazione, che ha richiamato in onore gli antichi setoni e fonticoli applicandoli con le cautele moderne, viene ora usato da molti e, con particolare predilezione dai seguaci della così detta medicina biologica. Ora, è la volta non soltanto di stimolare la formazione di pus, ma addirittura di iniettarlo, prelevandolo da un altro individuo. Dopo le opportune esperienze di laboratorio, la prova è stata largamente fatta dai medici veterinari, ma non è detto che non possa applicarsi in seguito anche all'uomo.

Si pratica, nel cavallo, un ascesso di fissazione; dopo controllo batteriologico, si estrae il pus e lo si emulsiona in soluzione fisiologica fenicata al 5/1000; lo si diluisce poi ad 1/8 e si inietta, in quantità di 5-10 cmc. al cavallo, sotto la pelle dell'incollatura, qualunque sia la localizzazione della ferita che si vuol guarire; le iniezioni si ripetono ogni 2-5 giorni. Le reazioni generali sono nulle, quelle locali discrete.

Due elementi di questo pus avrebbero una parte molto importante, le cellule connettive ed i leucociti:

1) L'azione delle cellule connettive è soprattutto evidente nelle ferite recenti ed abbastanza ampie. Si rilevano, in tale caso, le tre fasi dell'evoluzione delle ferite, proteolisi, riparazione connettiva ed epidermizzazione, che si compiono con un ritmo accelerato. La proteolisi passa per lo più inavvertita; la riparazione connettiva si fa con una moltiplicazione assai rapida e regolare delle cellule; in modo analogo, si compie l'epidermizzazione, col colmarsi della ferita, senza la formazione di granulazioni esuberanti. Altra importante caratteristica è che il tessuto cicatriziale ottenuto è particolarmente cedevole, in conseguenza dell'abbondanza delle fibre elastiche.

2) L'azione dei leucociti va ricercata soprattutto in corrispondenza delle ferite antiche e suppuranti. Il pus, dopo ogni iniezione, diventa più abbondante, più sieroso e più ricco di frammenti di tessuti necrosati. L'azione proteolitica del pus è più accentuata, la ripulitura della ferita si fa più attivamente; poi la suppurazione diminuisce e si inizia la fase di riparazione connettiva. Le iniezioni fatte a dosi troppo elevate, specialmente durante la fase di suppurazione intensiva, possono invece aumentare e prolungare la suppurazione, ritardando la guarigione.

Inoltre, la difesa della ferita si trova realizzata più attivamente, per l'aumento del potere fagocitario dei leucociti e si trova anche assicurata la difesa dell'organismo stesso, sicchè la pioterapia asettica esercita un'azione favorevole sull'evoluzione di certe malattie infettive.

Tali i risultati riferiti da M e Cl. Belin (*Acad. de méd.*, 31 ottobre 1939) basati su una larga esperienza fatta nel campo veterinario, con l'utilizzazione di 370.000 dosi di pus asettico, usate specialmente sui cavalli; ma i cani ed i buoi si comportano ugualmente col pus asettico di cavallo. Tutte le ferite recenti si comportano nel modo sopra descritto; invece, la reazione è lenta e talora insufficiente nelle ferite antiche, suppuranti.

Era ovvio che, in base a questi risultati favorevoli, si tentasse l'applicazione anche per l'uomo. Ciò è stato fatto da E. Makay, negli ospedali di Budapest, praticando delle iniezioni di 2 cmc. ogni 2-3 giorni. Esse sono state ben tollerate e si sono fatte in ustioni estese di secondo grado, le quali si comportano come le ferite recenti del cavallo. Si è anche osservata un'azione favorevole sulla riparazione ossea.

Nel campo veterinario, si è rilevato nel complesso che la pioterapia permette di ridurre della metà circa la durata d'indisponibilità dei cavalli feriti. Nelle eventuali applicazioni sull'uomo, essa fornisce la possibilità di mettere in stato di difesa le ferite e tutto l'organismo, fin dall'arrivo al posto di soccorso; permette economia di tempo e di materiale per le medicazioni e, soprattutto, un più rapido ricupero dei feriti. Ulteriori prove permetteranno di determinare la pratica applicabilità di tale terapia. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

LEOPER M. *Intoxications et carences alimentaires*. Vol. in-8° di pagg. 259. Ed. Masson, Parigi, 1938. Fr. 60.

Il titolo del libro ci ha vivamente interessati, benchè indubbiamente vago e inadatto a dare un'idea precisa di ciò che il libro poteva contenere. Infatti si parla così spesso al letto del malato di intossicazione gastrointestinale, di anafilassi digestiva, di eczema da riassorbimento intestinale di tossici alimentari, che una messa a punto dell'interessante argomento ci sembrò molto opportuna.

In realtà però il libro è formato da una serie di articoli di oscuri collaboratori di Leoper, che benchè spesso interessanti, sarebbero in Italia apparsi ciascuno in una rivista medica, affrontando così l'incerta sorte che attende tutte le pubblicazioni mediche in generale.

Loeper li ha riuniti in questo volume, benchè gli argomenti trattati siano piuttosto eterogenei, e ne è nato un libro che ricorda assai quei volumi, che si pubblicano per onorare un illustre maestro, riunendo i lavori di allievi ed ammiratori.

Loeper vi ha personalmente scritto la prefazione e il primo capitolo, « L'ipersensibilità digestiva », che costituisce senza dubbio la parte più notevole del libro. In esso è ben documentato quanto multiformi e frequenti siano le sindromi di intolleranza digestiva, che l'A. spesso riconosce per mezzo di intradermoreazioni con latte 1/20, che possono essere eseguite anche a scopo curativo. Evidentemente il quadro clinico della ipersensibilità digestiva è molto mal definito, sopratutto rispetto a quello delle dispepsie e a quello delle intossicazioni.

Ma si tratta verosimilmente di una causa di sofferenze digestive molto più importante di quanto generalmente si ritiene e il libro pone l'argomento all'ordine del giorno

Fra gli altri capitoli ricordiamo quello dedicato da Collet J. all'importanza della carenza di vit. C. nella genesi delle malattie epatiche: si tratta di alcuni dosaggi di acido ascorbico in fegati di cadaveri morti di epatopatia e di qualche esperimento in cavie: come dicemmo, un comune lavoretto sperimentale.

Degos tratta delle reazioni cutanee di origine digestiva; esse sono: le prurigini, l'orticaria, l'eczema e l'eritrosi facciale che compare durante la digestione. Secondo l'autore esse dipendono dall'azione di tossine di origine alimentare, da vera anafilassi, da sottoprodotti dovuti all'azione dei germi e dei parassiti intestinali, e infine compaiono anche per via nervosa, veri riflessi cutanei di alterazioni digestive.

Turpin riassume gli effetti delle varie avitaminosi (A, B, C, D) sull'apparato digestivo. In conclusione le vitamine B e C sembrano essere veramente necessarie perchè le funzioni digestive si svolgano normalmente. E benchè non sia facile affermare clinicamente la carenza dell'una o dell'altra, il medico — dato anche che non vi è pericolo di ipervitaminosi — può somministrarle largamente, quando la similitudine del quadro clinico coi quadri noti delle carenze sperimentali, lo consigli in questo senso. M. COPPO.

GLATZEL H. *Nahrung und Ernährung*. Ed. J. Springer, Berlino, 1939, pag. 256, RM. 4,80.

Cibi ed alimentazione: in questo libro, che segue a breve distanza altri lavori tedeschi in argomento, è esposta in forma chiara, quasi di divulgazione, tutto ciò che una persona di cultura generale deve sapere in tema di alimentazione.

Il libro è fatto in modo che possa interessare colti e profani. Infatti se da un lato vi sono le formule delle vitamine, dall'altro un breve vocabolario spiega al lettore i termini tutti di derivazione greca o no (come diabete insipido, autolisi, gastronomia, ecc.) che riescirebbero oscuri al lettore che li incontrasse per la prima volta.

Il libro è redatto in stretta aderenza con le abitudini e le necessità alimentari del popolo tedesco. Vedasi la copertina, nella quale sono riprodotte in schema le razioni medie dei singoli cibi, usate dalle popolazioni dei vari territori della Germania.

Molto interessante è un capitolo, dedicato alle « forme speciali di alimentazione », nel quale si parla del vitto naturista, del vegetalismo e della società tedesca per la riforma della vita.

Ed altrettanto notevole è il capitolo successivo: « dei cibi, dell'alimentazione e della cultura », nel quale è detto dei cibi come sorgente di piacere, e del mangiare nel mito e nella religione.

Tutti i problemi dell'alimentazione sono trattati con completezza e chiarezza, quelli del tempo di pace, come quelli del tempo di guerra, per la cui risoluzione sono attentamente studiate le necessità alimentari del popolo tedesco durante la guerra mondiale 1914-18.

M. COPPO.

ABERHALDEN E. *Die Grundlagen unserer Ernährung*. Vol. di pagg. 193 Ed. J. Springer, Berlino. 1939. RM. 6.

In questo libro sono chiaramente riassunte le nozioni inerenti alle funzioni della digestione, del metabolismo energetico e materiale e alcuni problemi particolarmente importanti per la dottrina della nutrizione del popolo tedesco.

Funge da introduzione un capitolo, in cui è rapidamente tracciato lo schema dei molti punti, in cui l'alimentazione umana dipende

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

obbligatamente dal regno vegetale, stabilendosi un vero ciclo materiale ed energetico fra pianta e animale.

Segue la descrizione dei noti componenti fondamentali del vitto: sostanze organiche, inorganiche e vitamine, dei quali tutti l'A. ricorda con brevi cenni la digestione, il metabolismo ed il destino.

Capitoli particolari sono dedicati al problema del fabbisogno di albumine, che l'A. non ritiene sia definibile con una cifra fissa sottolineando il diverso valore biologico delle singole albumine, di cui sono necessarie dosi minime molto diverse da caso a caso; bene studiato è anche il problema del fabbisogno in singole vitamine e in sostanze minerali. Ricordiamo che per coprire il fabbisogno di vitamina C bastano secondo l'A. 500 g. di patate cotte o 100 gr. di sugo di mele, o 100 g. di insalata cruda, mentre la quantità giornaliera di vitamina A può essere fornita da 70 g. di burro o da 50 g. di pomodoro.

Chiudono il libro considerazioni sulla questione del pane e dei vitti per le varie categorie di lavoratori, che sono applicabili specialmente al popolo germanico.

In complesso il problema dell'alimentazione è trattato dal libro in modo succinto ma completo: va rilevato però come in molti punti esso si limiti agli aspetti del problema che più aderiscono ai bisogni, alle possibilità, alle abitudini del popolo tedesco. M. COPPO.

GAEHRGENS G. *Der Aneurin (Vitamin B 1) Haushalt in der schwangerschaft und im Wochenbett.* Ed. G. Thieme, Lipsia, 1939, pag. 75, RM. 5,4.

L'A., dopo brevi cenni sul significato e la fisiologia della vit. B 1, ed una larga esposizione dei metodi adatti al suo dosaggio, riferisce i risultati di suoi dosaggi della vitamina nel sangue, nelle urine e nella placenta di donne gravide, in confronto con le cifre ottenute nel sangue e nelle urine di puerpere e di soggetti normali. Ha eseguito anche una prova di eliminazione dopo carico di vit. B 1, che corrisponde per significato alla nota prova di saturazione di ac. ascorbico, della quale si è fatta una prova di ipovitaminosi C.

I più notevoli risultati dell'A. sono i seguenti:

Esiste una escrezione urinaria normale di vitamina antineuritica, che si aggira sui 100-200 gamma di vitamina nelle urine di 24 ore.

L'eliminazione spontanea di meno di 100 gamma *pro die* e di meno del 20 % di una dose di carico di 10 mg. parlano per una relativa ipovitaminosi B 1.

Nè la gravidanza nè il puerperio determinano un aumento del fabbisogno di vitamina antineuritica, almeno per quanto si può concludere dalle prove di eliminazione ora riferite.

Questa affermazione contrasta con quella, che la polinevrite gravidica sia una polinevrite da carenza di vit. B-1, che pure trova oggi molti autorevoli sostenitori.

Il vitto di una gravida o di una puerpera può essere considerato sufficientemente ricco di vit. B-1, quando ne contiene una quantità corrispondente al fabbisogno medio normale umano di vitamina, che è valutato sui 600 gamma per 24 ore, essendo normali le condizioni dell'assorbimento intestinale.

M. COPPO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XLV Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

8 nov. 1939, ore 15.

(*Continuazione e fine; vedi n. 6, 1940*)

Presidenza prof. G. DI GUGLIELMO

Risposta dei Relatori.

C. GIORDANO (Torino). — Ritiene anzitutto che l'azione della vitamina B_1 nella insufficienza cardiaca sia scarsa: mancano ad ogni modo ancora ricerche sicure in proposito. Circa l'impiego di basi puriniche, la loro controindicazione spesso è questione di dose, almeno per quanto riguarda la loro azione sulla pressione arteriosa. È d'accordo con il prof. Condorelli circa l'uso della vitamina C nei cardiopatici.

L. CROSETTI (Torino). — A proposito di quanto detto dal prof. Puddu sul trattamento della stenosi mitralica, ripete quanto già detto nella Relazione e cioè che in tali casi occorre estrema prudenza. Così pure è d'accordo con il prof. Condorelli sulla opportunità di adoperare i diuretici mercuriali soltanto a titolo episodico e complementare.

G. GAMNA (Torino). — È d'accordo con gli OO. che hanno insistito sull'importanza della terapia preventiva dello scompenso; d'altra parte nel campo della terapia dello scompenso cardiaco, ogni medico ha la sua esperienza personale. Così pure è d'accordo con il prof. Condorelli circa il valore compensatorio che possono avere alcune manifestazioni in malati portatori di vizi cardiaci. Indubbiamente gli studi sui vari derivati della digitale e dello strofanto meritano ancora di essere approfonditi, tanto più che al R. sembra che spesso la minore tossicità di un glucoside è parallela ad una minore efficacia. Anche egli raccomanda di essere prudenti sia nell'uso dei diuretici mercuriali, sia nell'uso della strofantina associata alla caffeina. Specie quest'ultima ha sole e particolari indicazioni. Al prof. Giuffrè risponde che egli ha trattato nella relazione delle cure di allenamento fisico; conviene con quanto detto dal prof. Villa sulla opportunità di tentativi estremi di cure digitaliche anche quando criteri teorici potrebbero farne scartare l'uso.

Ringrazia infine tutti gli OO. per il loro contributo portato alla Discussione del Tema di Relazione.

Sede del prossimo Congresso è stata fissata Roma. I temi all'ordine del giorno sono:

I. Classificazione delle emopatie; Leucemia e morbi affini (Prof. Ferrata);

II. Infezioni generali da piogeni (in comune con la Società Ital. di Chirurgia), (Prof. Pari);

III. Sistemazione clinica delle nefropatie bilaterali, (Prof. Sisto).

R.R.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 25 novembre 1939-XVIII

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente

Estratto fenolico di cuore come antigene per le siero-reazioni della sifilide.

Prof. G. PETRAGNANI. — L'O. ha preparato dal cuore di cavallo un antigene (che chiama Fencor), applicando la tecnica di estrazione fenolica da lui ideata per lo studio dei partigeni tubercolari. Egli ha dimostrato che la frazione acetone-solubile (Fencoracetosel) ha squisito valore antigene per la R. B. W.

Il Fencoracetosel (frazione fenolocuore-acetone-solubile) colesterinato è apparso dotato di potere di fissazione ancora più alto.

Chiede ed ha la parola il Socio prof. GIUDICE-ANDREA per ricordare che egli usa da molti anni, per la prova di Wassermann, il fenolo, nella formula fenol-alcool, proposta da Ninni e Molinari per migliorare l'attività; l'O. usa o l'unione al fenolo della colesterina, oppure tratta il siero con alcool assoluto a parti eguali e aggiunge la soluzione dell'antigene fenolico.

Primi risultati sull'uso dell'estratto fenolico di placenta nella profilassi del morbillo.

Prof. G. PETRAGNANI. — L'O., trattando la placenta col metodo della estrazione fenolica, da lui ideata per lo studio dei partigeni tubercolari (Fenbatt), ha ottenuto una dissoluzione di placenta in fenolo, che chiama *Fenola*, che, in soluzione fisiologica all'1 %, iniettata nella dose di cc. 0,5-1 a bambini certamente esposti al contagio morbilloso, li ha protetti dall'infezione.

Ha in corso altre indagini sul valore profilattico e terapeutico di questo preparato.

Possibilità di una vaccinoterapia dei tumori maligni con l'uso degli estratti fenolici degli stessi.

Prof. G. PETRAGNANI. — L'O., applicando il suo metodo di estrazione fenolica, ha preparato gli estratti di neoplasmi maligni di varia costituzione istologica e da questi le frazioni acetone-solubile e acetone-insolubile.

Accertata l'innocuità di questi estratti, anche a dosi elevate, per le vie paranterali, di cui più idonea si è rivelata la endovenosa, l'A., in portatori di tumori omologhi ed eterologhi ha tentato applicazioni diagnostiche giungendo, per la negatività dei risultati ottenuti, sia in prove di deviazione del complemento che in tentativi di cutireazione ed intradermoreazione, alla conclusione che i tumori maligni non si comportano come corpi estranei all'organismo, capaci cioè di sensibilizzarlo, allergizzarlo e destarvi la produzione di anticorpi specifici.

L'O. ha in corso di esecuzione ricerche volte ad accertare se il trattamento con gli estratti fenolici induca la produzione di anticorpi specifici nel siero di sangue di portatori di tumori.

Sulle eventuali possibilità terapeutiche degli estratti fenolici riferiranno, se del caso, gli eminenti clinici che li stanno sperimentando.

Chiede ed ha la parola il Socio prof. ARCANGELI per ricordare che la vaccinoterapia è impossibile in tema di tumori. Secondo l'O., concorde con l'opinione di Jacquemart e Pfeiffer, i tumori sono derivati dalla sifilide, per una simbiosi cellulomicrobica.

Risponde i prof. PETRAGNANI che il risultato dei suoi tentativi è affidato alle ricerche di eminenti clinici, e che egli ad ogni modo dissente, per evidenti ragioni, dal concetto etiologico del prof. Arcangeli.

Primi risultati sull'uso in terapia del Fenbattacin.

Prof. G. PETRAGNANI. — L'O. richiamando i suoi lavori precedenti sulla capacità estrattiva del fenolo sui vari partigeni del bacillo Koch, riferisce dei buoni risultati ottenuti da vari sperimentatori con l'uso dell'*Anafenbatt* che non ha azione allergizzante. Il *Fenbattacin* (partigeno acetone insolubile) se dà fenomeni reattivi locali, ha influenza benefica nel lupus, sugli scrofulodermi, ecc. Per evitare gl'inconvenienti l'O. ha costituito sette gradi della diluizione, che consentono una progressiva tolleranza e il graduale uso delle dosi massime.

La terapia col Fenbattacin è terapia specifica, legata alla proprietà reattiva dell'organismo e quindi grande importanza avrà anche la vita igienica e non saranno trascurati tutti gli ausili che scienza ed esperienza consigliano.

Di un particolare metodo per conservare allo stato secco alcuni virus.

Prof. G. PETRAGNANI. — L'O. ha descritto un metodo di conservazione di alcuni virus basato sulla riduzione dei materiali patologici che li contengono in creme saline (di puro cloruro sodico ovvera di miscela di Ringer) e sull'essiccamento rapido nel vuoto e successiva polverizzazione di questa. Il virus aftoso ottenuto con tale metodo, strofinato e inoculato sulle mucose orali dei bovini, conserva intatta la sua virulenza e, inoculato sotto cute, ha potere immunizzante.

Scatola metallica razionale per la coltura a piatto dei microbi (aerobi ed anaerobi).

Prof. G. PETRAGNANI. — L'O., riferendosi ad una precedente comunicazione, presenta tre modelli di scatole in acciaio inossidabile e con coperchio di vetro, che si prestano a coltivare in superficie a piatto anche i germi a lento sviluppo e quelli anaerobi.

L'acciaio inossidabile non svolgendo azioni oligodinamiche e prestandosi appendici non possibili praticamente sul vetro, appare un materiale veramente prezioso.

L'O. presenta numerose piastre con sviluppo di germi svariatissimi aerobi ed anaerobi ed assicura che con queste nuove scatole si ha una nuova possibilità negli studi sul metabolismo

batterico, sulle dissociazioni per incitanti, e particolarmente degli anaerobi.

Possibili sviluppi della vaccinoprofilassi per via aerea.

Prof. G. PETRAGNANI. — L'O. ricorda i suoi studi del 1921 sulla anafilassi e deanafilassi sperimentale per via nasale, con i quali dimostrò che la mucosa naso-faringea è aperta ai processi allergico-immunitari. E quelli fatti eseguire dal suo aiuto Castelli sulla possibilità di una vaccinazione antidifterica per via nasale nel 1926.

Riferisce che con ricerche recenti, ancora inedite, ha confermato tale squisita capacità della via naso-faringea conferendo un tetano mortale alle cavie con istillazione di tossina tetanica, e riproducendo il quadro clinico ed anatomo patologico della dissenteria del crasso nei topolini e qualche volta nei conigli con istillazione di tossina dissenterica.

Riferisce sui promettenti risultati ottenuti col suo nebulizzatore, sia sopra se stesso ed un gruppo di medici, che da svariati altri Autori sopra bambini e soldati; volendo rendere possibile tale via di vaccinazione nelle piccole collettività infantili, dove riesce impossibile usare tale ingombrante apparecchio, ha pensato di utilizzare gli spruzzatori per liquidi moschicidi.

Ciò gli appare possibile oggi, avendo dimostrato con i suoi collaboratori, con accurate prove, che l'aggiunta estemporanea di olii essenziali emulsionabili (mugolio inalante-eucaliptolo-trementina), mentre svolge azione antiputrida, non altera le proprietà delle tossine.

L'O. ricorda infine che al Congresso internazionale di Pediatria del 1937 ebbe a prospettare l'ipotesi che la via aerea abbia fondamentale importanza nella costituzione degli equilibri immunitari, per il fatto che i germi saprofiti sono quelli che facilmente pullulano nell'aria e nel mondo esterno e l'immunità o la premunizione si stabiliscono per quelle malattie verso le quali si ha un precoce contagio (resistenza di molti alla difterite, alle malattie esantematiche dell'infanzia per contagi ripetuti ed insufficienti).

malaria indotta a scopo terapeutico.

Prof. A. MISSIROLI. — L'O. premette che la malaria indotta rappresenta il metodo più efficace ed innocuo di febbre-terapia della paralisi progressiva. Riferisce a questo proposito un recente giudizio del prof. Wagner Jauregg. Si intrattiene sulla tecnica della trasmissione dell'infezione malarica e le modalità da seguire per renderla innocua.

Dimostra con una serie di fotografie il modo di allevare ed infettare le zanzare e raccomanda che l'infezione di paralitici avvenga per mezzo di zanzare infette poichè l'iniezione di sangue infetto proveniente da altri paralitici non fu sempre innocua.

Il Socio prof. ARCANGELI è d'accordo nell'uso delle zanzare per la malarioterapia, ma vorrebbe che tale trattamento fosse esteso alla tabe, all'asma bronchiale, ai disposti alla schizofrenia e alla demenza precoce.

Il Socio prof. PETRAGNANI è propugnatore di centri regionali di malarioterapia.

Il socio prof. PONTANO ricorda che anche le iniezioni di sangue malarico circondate dalle note garanzie, nella sua esperienza sono innocue; con tale mezzo che si può graduare nella qualità e nelle vie di somministrazione, si può vincere quella immunità acquisita nelle malarizzazioni, ripetute nello stesso soggetto. L'O. ricorda casi nei quali l'uso delle zanzare non riuscì a reinfettare il paralitico, mentre iniezioni endovena di notevoli quantità di sangue malarico riuscirono a realizzare delle benefiche malarie curative per una seconda e una terza volta.

Risponde il prof. MISSIROLI al prof. Arcangeli col quale è d'accordo che si deve estendere la malario-terapia in quei soggetti nei quali il liquor presenta anche tenui modificazioni.

Al prof. Pontano risponde che il grado di immunità che si consegue nei paralitici inoculati per mezzo delle zanzare infette non è superiore al grado di immunità che si ottiene iniettando sangue infetto. Che nell'un caso e nell'altro riesce sempre difficile la reinfezione con specie omologhe di plasmodi, per cui di regola, nei paralitici inoculati con P. vivax, quando si renda necessario produrre una nuova serie di attacchi febbrili entro due anni dalla prima infezione, si ricorre all'inoculazione del P. malarico.

Ringrazia il prof. Petragnani che sta creando nelle principali regioni d'Italia dei centri di malarioterapia sul tipo di quello di Roma.

Terapia fisico-dietetica del morbo di Bürger. Nota preventiva: presentazione di qualche caso trattato.

Prof. R. GROSSO. — Illustra un caso di morbo di Bürger trattenendosi sulla terapia fisico-dietetica-vitaminica, che nelle sue mani ha confermato i risultati ottenuti in altre nazioni.

Il Socio prof. CHIASSERINI fa qualche osservazione sulla necessità del preciso studio del malato, per avere elementi di riferimento sulla valutazione dei risultati ottenuti.

Il Segretario: T. PONTANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le forme cardiache del beri-beri.

E. Doumer (*Bulletin médical*, 3 giugno 1939) rileva che tra manifestazioni nervose e circolatorie della carenza di vitamina B_1 esiste un certo compenso, nel senso che i sintomi polineuritici sono generalmente discreti nelle forme di beriberi con sintomi cardiaci e che non è raro riscontrare forme cardiache pure che non hanno clinicamente nulla della classica avitaminosi.

Per altro i sintomi cardiaci sono comuni nelle forme comuni di beriberi. L'esame radiologico fin dall'inizio della malattia mette in evidenza un aumento del volume del cuore ed una dilatazione del ventricolo e dell'orecchietta destra. Questo reperto si può riscontrare anche quando la dispnea non è notevole ed i toni cardiaci sono poco modificati.

Questi fatti potrebbero far sospettare che l'insufficienza e l'ipertrofia cardiaca degli alcoolisti siano causate da carenza della vitamina B_1, così come si è attribuito alla stessa carenza la polineurite alcoolica. Le alterazioni della parete gastrica prodotte dall'alcool impedirebbero l'assorbimento della vitamina B_1 donde la neuropatia e la cardiopatia.

Sta di fatto però che la sindrome di asistolia di origine alcoolica è molto differente da quella beriberica. Nella maggioranza dei casi si tratta di una dilatazione funzionale prodotta da un processo miocarditico, che a sua volta può essere in rapporto a perturbazioni umorali di origine epatica.

D'altra parte i tentativi terapeutici dei disturbi cardiaci degli alcoolisti con le vitamine B_1 non sono stati soddisfacenti. Anche ciò deporrebbe contro l'origine avitaminica dei disturbi stessi. DR.

Carenza di vitamina K nei bambini normali e ammalati.

H. Dam, E. Tage-Hansen e P. Plum (*The Lancet*, 2 dicembre 1939) hanno studiato, attraverso il dosaggio della protrombina del sangue col metodo di Dam e Gherind, il contenuto in vitamina K dell'organismo di neonati sani e ammalati.

Hanno trovato che nei bambini sani si sviluppa nei primi 5 giorni dopo la nascita una carenza di vitamina K che scompare dopo una settimana; la ipoprotrombinemia conseguita alle carenze può spiegare i piccoli fatti di diatesi emorragica che si osservano comunemente nei neonati.

Furono trovati invece valori bassissimi di protrombina in 2 casi di ittero grave con anemia e diatesi emorragica, in 2 casi di anemia dei neonati con ittero, in un caso di idrope congenito con ittero senza anemia e finalmente in un caso di diatesi emorragica senza anemia nè ittero. È molto difficile secondo gli AA. spiegare la connessione esistente fra questi quadri morbosi e la carenza K. Certo è che nei casi che furono potuti trattare con vitamina K si ebbe un immediato aumento della protrombina nel sangue con miglioramento della sindrome emorragica. A parte questo effetto emostatico però non furono notati altri benefici effetti sul decorso delle varie sindromi. IANDOLO.

La cura delle sindromi pellagroidi di guerra con l'acido nicotinico.

Durante la guerra di Spagna si sono verificati numerosi casi di una sindrome complessa d'avitaminosi caratterizzata essenzialmente da pigmentazione bruna della pelle più o meno pronunziata, nonchè da varie altre lesioni cutanee infiammatorie e simmetriche. In genere la sindrome ebbe un decorso benigno e precisamente quando la carenza vitaminica fu determinata da una dieta alimentare insufficiente ed esclusiva (cereali e legumi secchi e cotti) durata non oltre cinque o sei mesi. In tali casi una dieta sufficiente e mista contenente sali minerali, vitamine A, B e C e vari acidi aminici, faceva scomparire in qualche settimana non solo la pigmentazione e le lesioni cutanee ma anche gli altri eventuali sintomi concomitanti (astenia, anemia, nevriti, stati mentali anormali, ecc.).

Ma oltre queste forme a decorso benigno e facilmente emendabili, E. Oliver-Pascual (*Semana Medica Española*, 2 settembre 1939) ne ha osservate più gravi a carattere progressivo. I colpiti erano individui che avevano dimorato a lungo nella « zona rossa », o tarati da precedenti affezioni (enterocolite cronica, alcoolismo) capaci di ostacolare l'assorbimento o l'utilizzazione delle vitamine. Le lesioni dermitiche erano allora più somiglianti a quelle della pellagra, l'anemia più intensa, segni di deficienza midollo- e corticosurrenale, segni radiologici di decalcificazione ossea.

In tali forme una dieta alimentare abbondante e ricca di vitamine associate alla somministrazione di acido nicotinico (100-400 mgr. al giorno) determinavano la guarigione più o meno rapida. Tuttavia in alcuni casi più gravi, come negli individui rimasti in carcere oltre un anno, si dovette ricorrere ad un vero trattamento di urgenza (iniezioni di siero salino, di acido ascorbico ad alte dosi, e di vitamine B pure). DR.

Cura ormonica del criptorchidismo.

Fino a pochi anni or sono, dice H. J. Kraetsch (*Münch. Mediz. Wochenschr.*, 17

novembre 1939) la sola cura del criptorchidismo era quella chirurgica, la orchipessia: l'esito della operazione era però sempre molto incerto. Infatti le manovre necessarie per l'abbassamento del testicolo e per la sua fissazione nello scroto per lo più danneggiano i delicati tessuti infantili, sicchè in molti casi segue alla operazione un'atrofia del tessuto testicolare. Nè è d'altra parte giustificata la opinione di vari autori, di attendere in casi di criptorchidismo la pubertà, contando su una possibile discesa spontanea del testicolo. Questa attesa produce un danno sicuro al testicolo che cade in più o meno estesa degenerazione connettivale: il testicolo ritenuto nella cavità addominale, a causa dell'alta temperatura, il testicolo ritenuto nel canale inguinale, a causa della pressione meccanica. Un esame di controllo di 24 su 35 casi di criptorchidismo operati nel corso degli ultimi 10 anni, dimostrò che la operazione aveva assicurato un pieno successo solo nel 20 % degli operati. Nel 17 % dei casi il successo si poteva dire ancora soddisfacente (testicolo nella parte superiore dello scroto) mentre nel rimanente 63 % dei casi il risultato operatorio era completamente negativo (testicolo palpabile nel canale inguinale o non palpabile affatto). Di fronte a questi cattivi risultati operatori stanno i buoni risultati ottenuti recentemente con la opoterapia ipofisaria. In 6 su 10 bambini stati operati inutilmente alla età di 4-6 anni di orchipessia, si ottenne la discesa dei testicoli nello scroto: la cura ormonica riesce dunque efficace in 2/3 dei casi stati operati senza risultato. Ancora migliori sono i risultati nei casi non operati, perchè manca in essi il danno operativo al testicolo: di 9 casi trattati, guarirono 8, nel nono la operazione eseguita successivamente dimostrò la presenza di aderenze connettivali che impedivano la discesa del testicolo. Per determinare la discesa del testicolo ectopico fu usato il Prolan: quasi sempre si potè constatare un successo già dopo la quarta iniezione. Osservazione interessante, il risultato era il medesimo sia che si usasse per le iniezioni il Prolan a 100 U. R. oppure il preparato più forte, a 500 U. R.: sembra quindi che più che la quantità assoluta di quantità-ratto di ormone, influisca sulla discesa dei testicoli ectopici la ripetizione degli urti ormonici. In tutti i casi è inutile praticare più di 8-10 iniezioni di preparati antefisari: se dopo queste non si è ottenuta la discesa o per lo meno una considerevole mobilizzazione del testicolo ectopico, non si può sperare alcun risultato da ulteriori iniezioni (esistono allora sempre ostacoli meccanici alla discesa dei testicoli). I preparati antefisari vanno iniettati 2 volte per settimana. Se si ricorre alla somministrazione orale, la somministrazione, a dosi crescenti, va estesa per circa 6 settimane (dopo 2 settimane di cura, intervallo di 10 giorni). P.

Nell'iperplasia del timo.

L'iperplasia del timo accompagna spesso quella della tiroide ed è, pertanto, più frequente nelle regioni a gozzo. Fra i sintomi di questa affezione, che si osserva specialmente in neonati o piccoli bambini, è da rilevarsi soprattutto lo stridore in- ed espiratorio; si hanno inoltre retrazione del giugulo, inarcamento del manubrio sternale, cianosi. La diagnosi si fa essenzialmente con la radiografia, da praticarsi in posizione seduta e durante la fase inspiratoria; utile è anche una presa laterale.

Per il trattamento, E. Glanzmann (*Schweiz. med. Wschr.*, 16 dicembre 1939) consiglia la cura jodica, da praticarsi con la soluzione di joduro di potassio (0,01 % in acqua distillata), di cui si somministrano 5 cmc. 2-3 volte al giorno; si possono anche fare strofinazioni, una volta al giorno, con la pomata seguente: unguento di joduro di potassio, alanolina, ana. I risultati ottenuti dall'A. sono stati eccellenti. *fil.*

SEMEIOTICA.

La semeiotica dell'orecchietta sinistra.

In un vasto studio sull'argomento, corredato da osservazioni personali. E. Slavich (*Cuore e circolazione*, novembre-dicembre 1939) discute, fra l'altro, la questione se si debbano considerare come autonome le così dette dilatazioni aneurismatiche dell'o. s. tenendole distinte dalle dilatazioni atriali passive secondarie ai vizi mitralici e ritiene non giustificata la netta separazione fra le due entità cliniche. Fra le dilatazioni aneurismatiche e quelle passive, di fatto, non esistono se non differenze di grado; anche il rilievo dell'o. s. sul margine destro del cuore non è caratteristico per un determinato tipo di dilatazione, potendo aversi con relativa frequenza anche nelle dilatazioni passive meno imponenti.

La particolare configurazione cardiaca che ne risulta non è dovuta soltanto alla dilatazione dell'o. s., ma anche alla particolare situazione topografica dell'o. s. stessa, che già normalmente è più vicina al contorno destro che sinistro del cuore ed anche all'ipertrofia del ventricolo destro che porta ad una rotazione del cuore intorno al suo asse longitudinale. L'atrio sinistro, nel suo progressivo dilatarsi, segue delle vie obbligate e quella verso destra — fra ilo polmonare ed o. destra — è quella di elezione dopo quella posteriore verso la colonna vertebrale.

La possibilità che l'o. s. dilatata si affacci sul margine destro del cuore, oltre a richiamare l'attenzione su una evenienza clinica finora non sufficientemente considerata ai fini della semeiologia auricolare, deve essere conosciuta per le eventuali interferenze diagnostiche con altri processi patologici cardiaci,

pericardici e paracardiaci a sviluppo in corrispondenza del contorno cardiaco destro

fil.

TECNICA MEDICA.

La luce di Wood nella diagnosi di lesioni precancerose.

Da tempo, A. H. Roffo ha per il primo dimostrato che nelle lesioni precancerose si ha un ipercolesterinia, spesso in rapporto con l'influenza di una colesterinia alimentare, indicando appunto col nome di colesterinia il contenuto dei tessuti in colesterol. L'ipercolesterinia delle lesioni in evoluzione verso la cancerizzazione si produce nella pelle come un accumulo manifestantesi come ipercheratosi ed evoluzionando verso il cheratoma e la cancerizzazione. Le analisi chimiche della pelle dimostrano un aumento notevole della colesterina nelle lesioni cheratodermiche in confronto della pelle sana; da 0,14 %-0,21 % della cute sana, si sale a 0,92 % delle lesioni cheratodermiche, arrivando fino a 1,04 % in quelle cancerizzate.

Ma, anche senza delicate analisi chimiche, si può arrivare a riconoscere l'aumento della colesterina. A. H. e A. E. Roffo (*Prensa med. argent.*, 27 dicembre 1939) hanno trovato che questa diventa luminescente con la luce di Wood (1), acquistando una intensa fluorescenza gialla, invece di quella debolmente azzurra che possiede naturalmente. Con un particolare dispositivo, gli AA. irradiano con la luce di Wood la cute, dove le zone con alto contenuto in colesterina acquistano la detta fluorescenza. Il fenomeno è interessante e può essere utile per stabilire l'ipercolesterinia delle lesioni precancerose ed avere, quindi, un valore pronostico in cancerologia. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche sperimentali e cliniche sull'importanza del fegato nella diuresi da composti solubili mercuriali.

Rocchini G. (*Atti e mem. soc. lomb. di medicina*, vol. VI, 15 settembre 1938) espone i risultati di alcuni esperimenti, sia nell'animale che nell'uomo, relativi al meccanismo dell'azione dei diuretici mercuriali. L'A. controllò dapprima nei cani i risultati del Claussen sulla bile novarsurolica; tale è definita la bile degli organismi trattati con novarsurolo; senza il suo arrivo nell'intestino ed il suo ulteriore assorbimento non si ha alcun effetto diuretico. L'A. trovò i suoi dati concordanti in generale con quelli del Claussen; in un punto però essi sono nettamente opposti e cioè nel fatto che bile novarsurolica (cioè presa da un animale trattato con novarsurolo) introdotta nell'intestino di un altro animale non ha dato il suo effetto diuretico.

Per lo studio di tale fenomeno l'A. in un uomo, cirrotico, ascitico, edematoso, insensibile al novarsurolo ha praticato dapprima un'iniezione di tachidrolo ed un'ora dopo ha introdotto nell'intestino della bile novarsurolica in quantità di 34 cmc. Si è ottenuto allora un'imponente scarica orinaria con i caratteri dell'orina da mercuriali.

L'A. spiega il primo fenomeno ottenuto nei cani, relativo all'inefficacia dell'introduzione nell'intestino della bile novarsurolica, e quest'ultimo, relativo alla sua efficacia solo in un soggetto trattato poco prima con mercuriali, col fatto che secondo il suo parere l'azione mercuriale è il risultato di una modificazione dello stato fisico di tutti i tessuti (rene incluso) indotta in essi dal farmaco, la quale viene in secondo tempo potenziata ai fini dell'effetto diuretico dall'azione esplicata da quella parte del composto mercuriale che è stata elaborata dal fegato e passata nella bile.

A. BAUCE.

(1) La luce di Wood si ottiene filtrando i raggi ultravioletti attraverso un vetro, che lascia passare soltanto quelli di una determinata lunghezza d'onda (generalmente 3650 Unità Angström). Tale luce è utilizzata in bromatologia (riconoscimento di olii di semi mescolati ad olio di oliva), in chimica farmaceutica (riconoscimento di medicinali), ecc. *N. del red.*

VARIA

La sindrome vandalica.

È questa una pittoresca denominazione che A. Cawadias ha coniato per indicare le devastatrici mutilazioni che, in base a successive diagnosi errate, si fanno subire a donne con insufficienza ovarica. Questa, ripercuotendosi sugli organi addominali, determina disturbi in forma di stipsi e dolori che — localizzati spesso alla fossa iliaca destra — fanno supporre un'appendicite. Prima operazione inutile. Si pensa poi ad una forma colecistica e si procede ad un secondo intervento; forse, in seguito al riposo, si hanno dei periodi di miglioramento, ma poi i dolori riprendono come prima. Si invocano allora delle aderenze per cui si interviene, od altri processi, per cui si pratica una colon-fissazione od altro. Entra poi in scena un ginecologo, che trova la presenza di ovaie cistiche e le asporta. Ultima scena del dramma perchè, con la castrazione, si è trasformata la deficienza ovarica in insufficienza completa e poco si può fare per queste pazienti con il povero addome segnato da numerose cicatrici operatorie, che indicano il passaggio dei vandali. Comunque, una cura ovarica determina sensibili miglioramenti. È quindi necessario che i medici tengano presente i fatti ormai acquisiti dall'endocrinologia per arrivare tempestivamente alla diagnosi ed alla cura. *fil.*

LA PAGINA DELLO SPECIALISTA

APPUNTI DI TERAPIA DERMATOLOGICA

Ulcera della gamba.

Ricordi clinici. — L'ulcera della gamba, conosciuta per solito col nome di ulcera da varici, ha sua sede preferita sulla cute del terzo inferiore delle gambe sulla faccia interna al di sopra del malleolo. Di grandezza varia, a fondo rosso-vivo od anche violaceo, spesso con zone di necrosi. I bordi sono netti, talvolta tagliati a picco, talvolta callosi. La cute circostante è frequentemente in preda a dermite, impropriamente detta eczema da stasi.

L'ulcera della gamba è malattia cronicissima.

Terapia. — Di fronte ad ulcera della gamba non dimenticare mai di ricercare eventuale sifilide. Se esiste questa infezione curare opportunamente.

Per guarire o per lo meno migliorare una ulcera della gamba non vi è nulla di più utile del riposo assoluto a letto con la gamba leggermente rialzata. Senza questo riposo tutte le cure riescono poco efficaci. Si sa però quanto sia difficile ottenere il necessario riposo in persone che debbono attendere alle loro occupazioni. In questi casi cercare per lo meno di tenere la gamba ben fasciata con fasciature compressive che partendo dal piede arrivino sotto al ginocchio.

I pazienti con ulcera della gamba si presentano per solito dal medico quando sentono dolore o la ulcerazione è in preda a fatti infiammatori acuti e ciò per incuria o non propria terapia. In questo caso detergere, disinfettare e calmare. Detergere il fondo dell'ulcera meccanicamente e fare abbondanti toccature con nitrato di argento al 5-10 % ed anche in cannello. Pulire la cute circostante all'ulcera con spirito di sapone e fare degli impacchi con semplice soluzione borica. Questi impacchi si faranno sulla ulcera e cute vicina se essa pure è infiammata, oppure solo sulla ulcera se la cute circostante è asciutta. In questo caso applicare intorno alla ulcera della pasta di Lassar. Si ottengono anche buoni risultati applicando sulla ulcerazione degli impacchi con alcool canforato.

Sedata la infiammazione, ripulita e disinfettata la ulcerazione è bene tentare stimolazioni per riparare la perdita di sostanza. Possono a questo scopo riuscire utili i raggi ultravioletti. Ma meglio forse applicare delle sostanze disinfettanti e rubefacenti. Per esempio la seguente pomata che mi ha dato spesso dei buoni risultati:

Pr.			
Pr.	Vaselina	gr.	56
	Lanolina	»	20
	Acido borico	»	5
	Acido salicilico	»	3
	Zolfo sublimato	»	5
	Canfora	»	5
	Acetato di piombo	»	4
	Calomelano	»	2

Se i margini sono callosi si potrà asportarli chirurgicamente per facilitare la epitelizzazione. Se la ulcera è molto vasta si potrà tentare innesto di piccoli lembi di pelle prelevati sullo stesso individuo, innesti che in mano di persone esperte possono dare ottimi risultati.

Iperidrosi.

Ricordi clinici. — Sudorazione esagerata, che può essere generale o localizzata. La iperidrosi localizzata la si osserva sopratutto alle piante dei piedi, al palmo delle mani, ed alle ascelle. Il sudore può aver cattivo odore (bromidrosi) o può essere colorato (cromidrosi).

Terapia esterna. — Si raccomandi accurata pulizia, frequenti bagni generali e locali e biancheria sempre pulita, specialmente in chi ha sudore fetido.

Nella iperidrosi generale dopo il bagno fare frizioni su tutto il corpo con alcool etilico, oppure, se la iperidrosi è piuttosto intensa, usare una soluzione di formalina in alcool:

Pr.			
Pr.	Alcool etilico	gr.	100
	Glicerina	»	5
	Formalina	»	1-5

quindi indossare indumenti di lana.

Nella iperidrosi delle mani e dei piedi fare bagni quotidiani locali con allume (un cucchiaio in una catinella) oppure con permanganato di potassio dall'uno al cinque per mille. Ma forse migliori risultati si ottengono con la formalina. Fare pediluvi e maniluvi dapprima con soluzioni deboli di formalina specialmente se vi sono delle lesioni di continuo nella cute, il che accade di frequente nei piedi, e quindi aumentare di giorno in giorno fino ad arrivare alla formalina pura. Si può iniziare la cura con soluzioni al 20 % di formalina in acqua per passare al 30, al 50 al 70 ecc. Quando si arrivi ad usare la formalina in forte concentrazione e pura è bene non fare bagni ma semplice toccature ripetute. Le medesime cure si possono fare alle ascelle applicando le stesse sostanze mediante impacchi o toccature.

Fatte queste medicazioni impolverare la parte con:

Pr.			
Pr.	Talco veneto	gr.	100
	Acido salicilico	»	4

In casi ostinati si potrà ricorrere ai raggi Roentgen che riescono di grande utilità.

Terapia interna. — Si possono prescrivere preparati di atropina. Si consigli la semplice tintura di belladonna, o meglio uno dei tanti preparati che fornisce la industria chimico farmaceutica.

Prof. P. A. MEINERI

Direttore Ospedale di S. Gallicano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Il servizio di visita medica in applicazione della Carta della Scuola.

Il servizio della visita medica per gli alunni ai fini dell'orientamento professionale — servizio già istituito presso le Scuole e Istituti dipendenti dalla Direzione generale dell'istruzione tecnica — assume, nello spirito e nella applicazione della Carta della Scuola, nuovo significato e nuova importanza sia per la massa ingente degli allievi che saranno sottoposti a tali visite, sia per le finalità che questo servizio si propone. Infatti le visite mediche, mentre mirano all'orientamento professionale, hanno altresì per fine il costante controllo delle condizioni sanitarie della nostra gioventù, risolvendosi così in un'opera destinata al miglioramento fisico della razza.

I ragazzi già nelle file della G.I.L. hanno le cure mediche più adatte alla formazione del fisico, più perfetta selezione e destinazione delle nuove capacità lavorative in via di formazione. Il servizio della visita medica è fatto per settori e per classi, che, di volta in volta, vengono stabiliti dal Ministero e in merito allo svolgimento di esso il Ministero stesso, in seguito alle prime ispezioni effettuate, all'esame dei rapporti e delle prime statistiche, ha diramato ai capi d'Istituto precise istruzioni per il corrente anno. Le classi presso le quali si effettua il servizio della visita medica sono: per la Scuola a titolo industriale, 1ª, 2ª e 3ª classe dell'avviamento; 1ª e 2ª della Scuola tecnica; il corso preparatorio e la 1ª classe dell'Istituto; per la Scuola a tipo agrario: la 3ª classe dell'avviamento; la 1ª e la 2ª della scuola tecnica; il corso preparatorio e la 1ª classe dell'Istituto.

Il servizio della visita medica sarà affiancato dall'opera che svolgeranno i presidi e i capi degli Istituti sia per favorire i rapporti di collaborazione tra il medico, gli insegnanti, la G.I.L. e le famiglie degli allievi, sia per fornire al sanitario le informazioni che, attraverso i rapporti con le famiglie, risultino utili per la futura attività scolastica e lavorativa degli alunni. Le visite mediche sono completamente gratuite, mentre per le eventuali visite speciali, le cui spese non potranno essere sostenute dalle famiglie, il medico stesso s'interesserà perchè tali visite vengano fatte in istituti o ambulatori appositamente attrezzati e a spese delle Casse scolastiche o del bilancio delle scuole e sempre, in ogni caso, con il consenso delle famiglie.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche:

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Bologna, 14 condotte, di cui 2 nel capol.; scad. 30 apr.;

Brescia, 16 condotte, di cui 1 nel capol.; scad. 31 marzo;

Cagliari, per 19 condotte, di cui 1 nel capol.; scad. 30 maggio, ore 12.

Cremona, 9 condotte, di cui 1 nel capol.; scad. 31 marzo;

Grosseto, 12 condotte, di cui 1 nel capol.; scad. 31 marzo;

Milano, per 25 posti; scad. 31 maggio.

Piacenza, 6 condotte; scad. 31 marzo;

Potenza, 8 condotte; scad. 31 marzo, ore 18;

Sondrio, 4 condotte; scad. 31 marzo;

Trapani, 3 condotte, di cui 1 nel capol., 30 apr.;

Treviso, 8 condotte; scad. 31 marzo, ore 12.

Laboratori provinciali d'igiene e profilassi:

Cremona, assistente Sez. med.-micr.; scad. 31 marzo;

Ragusa, coadiutore Sez. med.-micr.; scad. 31 maggio.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

OSPEDALI

Le scadenze di tutti i concorsi ospedalieri sono prorogate al 31 marzo.

GORIZIA. *Consorzio prov. antituberc.* — Medico aiuto presso il Dispensario prov. « Regina Elena »; medico direttore di tre sezioni dispensariali; scad. 1 aprile, ore 18; stipendi L. 11.500 e L. 10.000 rispett. e 5 quadrienni dec.; titoli ed esami; età limite 40 a. al 31 dic.

PADOVA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — È aperto concorso pubblico per titoli ed esami al posto di Aiuto medico del Dispensario Provinciale Antitubercolare. Stipendio iniziale lire 10.000, suscettibile di tre aumenti quinquennali del decimo; indennità di servizio attivo di L. 1000, più il 20 % sui proventi del Dispensario. Lo stipendio e l'indennità sono al netto della riduzione del 12 % di cui al R.D. 20 novembre 1930 n. 1491, ma soggetti alla riduzione ed agli aumenti determinati dai successivi provvedimenti di legge relativi. Età massima anni 40 al 15 febbraio corr. anno, salve le eccezioni e le protrazioni di legge e di regolamento.

Per le altre condizioni del concorso chiedere copia del bando alla Segreteria del Consorzio (Palazzo dell'Amministrazione Provinciale).

Il concorso si chiude alle ore diciotto del 30 aprile corr. anno.

POLA. *Ospedale Santorio Santorio.* — È bandito pubblico concorso per 4 posti di medico assistente con scadenza 15 marzo 1940-XVIII. Bandi di concorso pubblicati agli albi dei comuni e degli Ospedali di capoluoghi di provincia, delle prefetture e università del Regno.

POLA. Cercasi medico aiuto interino per divisione di medicina disposto assumere subito servizio.

Il Commissario

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di Riparto:

Bari Palese, Ostuni (Bari); Lioni (Foggia); Catanzaro I (Reggio Calabria); Bolzano II, Chiusa, Fortezza, Laces, Malles Venosta, Merano I, Monguelfo, Silandro, Vipiteno (Trento).

Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 dell'11 marzo 1940-XVIII.

Concorsi a premi

Reale Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti:

Fondazione Querini Stampalia: Premio di lire 5000; tema: « Portare un contributo sperimentale alla conoscenza delle proprietà chimiche o biologiche di una o più vitamine. Scad.: 31 dicembre 1940.

Premio Angelo Minich; tema: « Indirizzi per la lotta contro la tubercolosi, con speciale riguardo al problema della vaccinazione antitubercolare »; importo L. 10.000; scad.: 31 dicembre 1940 (il tema e l'importo del premio sono diversi da quelli di cui demmo notizia nel n. 3 del 22 gennaio).

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Vincenzo Fici è stato incaricato dell'insegnamento di tisiologia nell'Università di Palermo.

Il Presidente del C.O.N.I. ha ratificato la nomina del « Comitato Scientifico » della Federazione Italiana Medici degli Sportivi che risulta così formato: proff. Silvestro Baglioni, Augusto Bonola, Uugusto Bonola, Ugo Cassinis, Domenico Maretta, Raffaele Paolucci, Nicola Pende, Angelo Viziano; segretario dott. Leopoldo Fiori Ratti.

Il presidente C.O.N.I. ha ratificata la nomina del fascista prof. dott. Angelo Viziano, ex-combattente, legionario fiumano diciannovista, ad Ispettore della Federazione Italiana Medici Sportivi per la I Zona (Piemonte).

Il Consiglio d'amministrazione della Fondazione « Diodato Borelli » per gli orfani dei medici della provincia di Catanzaro ha assegnato la borsa di studio per l'anno scolastico 1939-40-XVIII al sig. Trento Castagna del fu dott. Luigi.

NOTIZIE DIVERSE

Manifestazioni nazionali antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno ha disposto, con circolare già da noi pubblicata, la preparazione delle manifestazioni nazionali antitubercolari dell'anno XVIII, la cui organizzazione è stata affidata alla Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi.

La celebrazione della « Giornata delle Due Croci » — segnata nel Calendario delle Manifestazioni del Regime dell'anno XVIII — è stata fissata per domenica 17 marzo. Essa sarà preceduta dalla « VI Settimana nazionale per la diagnosi precoce », e seguita dalla « X Campagna antitubercolare del francobollo chiudilettera » che si inizierà lo stesso giorno 17 marzo e continuerà fino al 10 aprile successivo, data in cui tutte le manifestazioni, a qualsiasi titolo, saranno improrogabilmente chiuse.

Le varie manifestazioni acquisteranno quest'anno maggiore solennità perchè si celebrerà il decennale delle Campagne nazionali antitubercolari, e saranno preparate, come gli scorsi anni, dalla stessa Federazione fascista per la lotta contro la tubercolosi in collaborazione con la Croce Rossa Italiana e con i Consorzi provinciali antitubercolari.

La organizzazione, che sarà condotta così al centro come alla periferia con il massimo fervore e con decisa volontà realizzatrice, saprà trarre nuovi e suggestivi motivi di incitamento dalla grande opera di civiltà e di potenza realizzata in ogni campo dal Regime Fascista. Gli obiettivi pratici delle manifestazioni stesse, per cui la maggior parte delle somme raccolte nella Campagna sarà impiegata nella assistenza dei malati di tubercolosi inquadrati nelle organizzazioni della Gioventù Italiana del Littorio, assicureranno anche alla imminente Campagna un successo più alto dei precedenti, che starà a testimoniare ancora una volta, e in modo concreto, come il popolo italiano segua e collabori consapevolmente alla grande azione di bonifica sociale intrapresa dal Fascismo.

Lega italiana d'igiene e profilassi mentale.

Il 28 gennaio u. s. si è riunito nella Sala del Rettorato della Provincia di Roma il Consiglio Direttivo della Lega italiana di igiene mentale per deliberare intorno alla convocazione del 1° Congresso Nazionale di Igiene mentale da tenersi in Roma nel 1942-XX. Erano presenti il Preside della Provincia, avv. Gualtiero Fraschetti, S. E. il prof. Petragnani, Direttore generale della Sanità Pubblica, il Presidente della Lega, prof. Eugenio Medea, il segretario, dott. Tumiati, il Direttore della Clinica psichiatrica di Roma, prof. Cerletti, il Direttore dell'Ospedale psichiatrico, prof. Bonfiglio, il prof. Ponzo, direttore dell'Istituto di Psicologia dell'Università di Roma, i direttori delle Cliniche e degli Ospedali psichiatrici di Genova, Firenze, Venezia, Messina, Bari, Catania, Cagliari e il Fiduciario dei Medici alienisti nel Sindacato N. F., dott. Pini.

Il Consiglio Direttivo, dopo una esposizione del Presidente della Lega sugli scopi del Congresso, e dopo un'ampia discussione alla quale hanno preso parte tutti i convenuti, ha deliberato di convocare il detto Congresso durante il periodo della Esposizione Universale del 1942 e ne ha fissato il programma nei seguenti temi: 1° « La morbosità per malattie mentali in Italia nel decennio 1929-1938 » (Relatori: proff. Bonfiglio e Siniscalchi di Roma); 2° « L'Igiene mentale in rapporto alla Carta del Lavoro e alla Carta della Scuola » (Relatori, per la prima parte: proff. Cortesi di Venezia, Donaggio di Bologna, dott. Fattovich di Venezia; per la seconda parte: proff. De Sanctis e Ponzo di Roma); 3° « Biotipologia e Igiene mentale » (Relatore: sen. prof. Pende di Roma); 4° « L'Igiene mentale delle età critiche » (Relatore: prof. Zalla di Firenze); 5) « L'Igiene mentale in rapporto alla prassi e all'educazione religiosa » (Relatore: prof. Gemelli di Milano).

Nella riunione sono stati discussi numerosi altri argomenti aventi attinenza alla profilassi delle malattie mentali e il Consiglio ha preso atto con il più vivo compiacimento dell'interesse dimostrato dalle superiori gerarchie con la presenza alla riunione di S. E. Petragnani il quale ha dato affidamento ai convenuti che nel Progetto di riforma della Legge 1904 sugli Istituti psichiatrici e gli Infermi di mente saranno tenuti in debita considerazione i voti formulati dalla Lega circa l'assistenza extra-ospedaliera ai predisposti e ai malati dimessi dagli ospedali psichiatrici. S.E. Petragnani ha del pari accolto con favore il desiderio espresso dalla Presidenza che nei Corsi di Pueri-

cultura siano impartite nozioni elementari di igiene mentale della primissima infanzia.

Al termine della riunione il Presidente, prof. Medea, ha ringraziato a nome di tutti i presenti S. E. il Direttore Generale della Sanità Pubblica per il prezioso aiuto dato alla discussione e il Preside della Provincia di Roma per la cortese ospitalità offerta alla Lega.

Congressi medici in occasione dell'E. 42.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri ha disposto che tutti i Congressi internazionali che avranno luogo a Roma in occasione dell'Esposizione Universale saranno coordinati dall'Istituto per le relazioni culturali con l'estero (I.R.C.E.).

Il termine improrogabile per presentare, da parte dell'I.R.C.E., un piano organico dei Congressi che si terranno a Roma « per le Olimpiadi della civiltà » è il 31 marzo prossimo ed è quindi di assoluta urgenza che tali piani organici siano elaborati al più presto con piena comprensione della responsabilità inerenti al doverli poi realizzare in modo degno.

Tra i numerosi e importanti Congressi che si preparano, riferentisi al mondo medico, ricordiamo quello di Idrologia medica e di Farmacologia, quello sulla Malaria e quello d'Igiene e Profilassi mentale. Si terrà anche un Congresso internanazionale di medici scrittori e artisti.

Attività e servizi del "Centro Radio-Medico Internazionale".

La Direzione del « Centro radio-medico internazionale » ha presentato la sua annuale relazione ai Ministeri competenti e al Consiglio Direttivo dell'Ente. Il « Centro », che è posto sotto la presidenza di S.M. la Regina Imperatrice, ha chiuso il suo quarto anno di attività.

Durante il 1939 è stata data consulenza a 92 richieste radio-mediche da parte di piroscafi in navigazione. 72 casi erano affetti da comuni malattie di carattere medico; 9 casi erano di carattere chirurgico; 11 casi di infortunio; 3 malati sono stati sbarcati o trasbordati in altre navi in seguito a parere del consulente, data la gravità dei casi. Alla Direzione del « C.I.R.M. » sono pervenute 43 richieste dal Mediterraneo e 47 dagli oceani lontani. Numerosi piroscafi esteri in navigazione negli oceani lontani hanno richiesto assistenza al « Centro » di Roma. Il fatto che i piroscafi stranieri preferiscano appoggiare le loro richieste al « Centro » di Roma invece di rivolgersi alle stazioni costiere più vicine, rappresenta il più ampio riconoscimento della piena efficienza dell'organizzazione dell'assistenza radio-medica prestata dall'istituzione italiana. Le trasmissioni con i piroscafi esteri si sono svolte nella loro lingua originale.

Paragonando le statistiche del « Centro » durante il 1939 con quelle di altre nazioni che hanno servizi radio-medici simili, si vede come l'Italia occupi il primo posto. Infatti l'Inghilterra ha prestato 17 radio-assistenze, il Belgio 5, la Francia 22. Fra le richieste pervenute al « Centro » si registrano casi di influenze, polmoniti, pleuriti, coliche epatiche e renali, enterocoliti, nefriti, appendiciti, emorragie cerebrali, tracheobronchiti, emottisi, tonsilliti, fratture diverse e infortuni gravi agli occhi.

Il « Centro » non si è limitato a dare il consiglio medico richiesto, abbandonando i malati al loro destino, ma quando la gravità del caso lo ha richiesto ha seguito i pazienti per tutto il decorso della malattia, fino alla guarigione completa oppure fino allo sbarco e al ricovero dell'ammalato in luogo di cura. I servizi del « Centro » sono stati trasmessi via-radio-Coltano in considerazione della sua maggiore potenza riuscendo così a dare consigli radio-medici a tutte le navi, anche a quelle naviganti nei mari più lontani. Molti piroscafi e stazioni costiere estere sono servite di transito per i marconigrammi da e per il « Centro » quando la potenza della stazione trasmittente delle navi richiedenti soccorso non permetteva di comunicare con le stazioni radio italiane.

Per alcuni casi gravi di carattere chirurgico urgente, verificatisi su piroscafi naviganti in pieno oceano e molto lontani dalla costa, è stato consigliato il trasbordo del malato o infortunato su qualche nave munita di servizi sanitari di bordo. In tal guisa è stata data assistenza a tutte le richieste di carattere medico chirurgico. Degna della più viva lode l'opera vigile del personale dei servizi radio-telegrafici della Marina Mercantile e dei Comandanti di bordo.

Autotreni sanitari nelle Puglie.

Per dare maggiore impulso ai servizi di propaganda igienico-sanitaria ed alla profilassi delle malattie infettive, specie nei centri rurali ed in quelli in cui sono poco efficienti gli impianti sanitari, il Ministero degli Interni è venuto nella determinazione di far costruire alcuni autotreni sanitari polivalenti a simiglianza di quello già sperimentato con successo nella Provincia di Roma e nell'Albania.

Una riunione assai efficace per le conclusioni e per i provvedimenti adottati s'è pertanto tenuta al Consiglio Provinciale dell'Economia di Bari sotto la presidenza di S. E. il Prefetto.

L'autotreno che avrà la sua influenza benefica nelle tre provincie di Bari, Brindisi e Lecce, sarà pertanto amministrato da un Consiglio formato dai rappresentanti delle tre provincie.

Dopo una breve ed esauriente relazione di S. E. il Prefetto sulla importanza d'ordine sanitario e sociale di questi autotreni polivalenti e sulla necessità di costruirne; subito, il Consiglio di Amministrazione per la gestione dell'autotreno è stato assegnato alle tre Provincie consorziate; è stata presa tra l'altro la deliberazione della nomina del direttore dell'Autotreno e dei sei medici specialisti che dovranno rispettivamente dirigere i gabinetti di odontoiatria, oculistica, otorinolaringoiatria, radiologia, analisi chimiche, analisi batteriologiche.

Corsi di perfezionamento e di complemento.

Anche quest'anno, per iniziativa dell'Istituto di Studi Scientifico Pratici sulla Tubercolosi e sotto il Patronato del Consorzio Antitubercolare, verrà tenuto — per i medici — il consueto Corso Celere di Perfezionamento sulla Patologia, Clinica e Profilassi delle Malattie Tubercolari. Il Corso avrà la durata dal 1° aprile al 1° maggio 1940-XVIII e sarà diretto dal prof. Edoardo Maragliano e dal prof. Giuseppe Sabatini, coadiuvati da professori della Facoltà Medica di Genova e di altre Facoltà Mediche del Regno.

Poichè il numero degli scritti è limitato, i me-

dici che desiderano di partecipare al Corso, sono pregati di farne prontamente domanda.

Il Corso ha luogo presso la Scuola di Tisiologia della R. Università di Genova, sita nell'Ospedale di San Martino d'Albaro.

Alla fine del Corso i medici che lo desiderano, saranno ammessi ad un esame, superato il quale sarà rilasciato un apposito Diploma.

I signori medici, in base alla classificazione ottenuta, potranno, come nello scorso anno, aspirare ai premi in denaro stabiliti dalle Amministrazioni Consorziali della Liguria.

Le domande, in carta libera, devono essere indirizzate alla Direzione dell'Istituto di Studi Scientifico Pratici sulla Tubercolosi, Genova, Via Balilla 1.

Notizie sanitarie di guerra.

All'Accademia di chirurgia di Parigi, nella seduta del 3 gennaio, furono presentate le prime osservazioni di chirurgia di guerra, raccolte sul fronte franco-germanico dal capitano medico Luzuy; l'esposizione fu fatta dal dott. Ameline: riguardava le contratture ischemiche consecutive a ferite dell'arto superiore, guarite con la novocainizzazione del ganglio stellare.

Una corrispondenza al « Messaggero » del 22 febbraio rileva che non solo i russi aggrediscono i convogli finlandesi segnati con la croce rossa, ma fanno uso di questo simbolo a scopo aggressivo. Specialmente nei combattimenti presso Taipale e il lago Ladoga si sono visti convogli sovietici segnati con la croce rossa avanzare fra le linee di combattimento fingendo di raccogliere i feriti e, dopo essersi bene appostati, aprire il fuoco.

Il Collegio Reale dei Chirurgi di Londra ha organizzato la « Trasfusione di sangue per l'esercito », sotto la direzione del dr. L. Whisby, e un Laboratorio di ricerche, diretto dal dr. L. Proger, in località non determinata della Francia, con 12 dipendenze.

Le Società farmaceutiche scandinave hanno aperto delle sottoscrizioni allo scopo d'inviare presìdi medici e prodotti farmaceutici in Finlandia.

Il Collegio Reale dei Chirurgi di Londra, avendo accertato, tra i sanitari del fronte, la deficienza dei periodici tecnici, il che impedisce di seguire i progressi incessanti della medicina, ha deciso di costituire, in Francia, una biblioteca medica, ove è organizzato un servizio di recensioni, le quali vengono inviate nei diversi settori dell'Esercito britannico.

La razione settimanale di lardo ai mobilitati inglesi è stata elevata da 4 ad 8 once.

Un po' dovunque.

La dott.ssa Laraque, consorte del Ministro di Haiti presso il Quirinale ha tenuto nel Grande Albergo di Roma, presente tutto il Gran Mondo Romano, una conferenza su « L'opera medico-sanitaria della Regina Imperatrice ».

Il dott. A. Dustin tenne il 26 gennaio l'annunziata conferenza all'Istituto di sanità pubblica di Roma. Essa fu onorata da S.A.R. e I. Maria José, principessa di Piemonte, che si è compiaciuta di felicitare il presidente dell Facoltà medica di Bruelles per l'instancabile lavoro, per i notevoli risultati e per il contributo ai progressi della scienza medica.

Il Ministero dell'Interno ha prorogato dal 31 dicembre 1940 al 31 dicembre 1942 il termine per l'applicazione della protezione integrale negli impianti radiologici.

Nel decorso anno accademico i laureati in lode sono stati 1130, cioè quasi il 10 % del totale; tra essi figurano 367 neo-medici chirurgi: il gruppo più numeroso. Il Duce ha espresso il suo compiacimento al ministro dell'E. N. per questi risultati.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge riguardante l'autorizzazione della spesa per provvedere, a cura ed a carico dello Stato, alla costruzione ed all'arredamento della Scuola-convitto professionale per infermiere, nella zona dell'Ospedale XXIII Marzo di Napoli.

Sotto gli auspici del Sottosegretariato di Stato per gli affari Albanesi, si è costituito un « Ente per le bonifiche in Albania », a capo del quale è stato posto il sen. ing. Natale Prampolini.

La Società medica chirurgica trevigiana si è adunata il 13 gennaio, sotto la presidenza del prof. G. Rubinato, assistito dal segretario prof. A. Bozzoli. Sono state fatte comunicazioni da: A. Marta, V. Pennati, G. Guglielmini, G. Sacconi, A. Morelli.

Il Consiglio d'amministrazione del Consorzio edilizio per l'Università di Padova ha approvato il progetto esecutivo del primo lotto di lavori, relativo alla costruzione del Policlinico, per un complesso di 20 milioni di lire. Per interessamento il Prefetto, il Duce ha concesso l'assegnazione di 500 tonnellate di ferro per l'esecuzione de progetto, che, in tal guisa, può esser dato all'appalto.

A Copenagen verrà fondato un Istituto per lo studio del cervello.

Il fascicolo del 28 gennaio di « Minerva Medica » riguarda la rickettsiosi; è stato promosso dal dott. A. Basile, ispettore generale di sanità per l'A.O.I., ed è dedicato ai colleghi caduti vittime di questo morbo nell'A.O.I. Concerne in gran parte gli studi compiuti sotto la direzione o col concorso del prof. A. Mariani.

Il n. 12 (6 febbraio) della « Presse Médicale » è destinato alla medicina brasiliana; reca 11 articoli; è copiosamente illustrato.

Nella « Sentinella d'Italia » di Cuneo, il magg. medico Giudo Fracassi dà notizia di sette medici legionari caduti da eroi in terra di Spagna.

La « Revista de la Facultad de Medicina » di Bogota, n. 12 del vol. VII (giuntoci il 12 febbraio 1940), contiene un'ampia monografia del dott. L. F. Acosta Burbano, sulla sifilide congenita secondaria. Si tratta di un volume in-8° grande, di 173 pagine, con copiose tabelle fuori testo e tavole.

Il n. 4 del periodico « The Commonhealth » di Boston, è destinato alla polmonite; contiene 13 articoli.

La « Rivista di Clinica Medica » pubblica un supplemento in data 1° gennaio dedicato ai « Marginalia otolaringologica », a cura del prof. C. A. Torrigiani; esso consta di 184 pagine e reca 9 lavori originali, 2 note d'attualità, una nota di tecnica, una copiosa rassegna della stampa; è riccamente illustrato con tavole e con figure nel testo.

Al primo convegno del lavoro femminile commerciale in Roma il prof. N. Castellino, direttore dell'Istituto di medicina del lavoro della R. Università di Napoli , ha svolto i temi: « La donna e la famiglia », « La donna e a razza », « La donna e il lavoro », esaltando la funzione della maternità alla luce delle nuove leggi morali del Fascismo.

Nell'Istituto Rockefeller di New York era stato tenuto in vita un frammento di cuore di un embrione di pollo, per 28 anni, a cura di Carrel. Siccome questi si è ora recato in Francia a causa della guerra, qualche trascuranza del personale è bastata perchè il frammento cessasse di battere.

Il Tribunale di Bielfeld (Germania) ha condannato ad un mese di prigione un individuo il quale, ad un vicino che lo aveva destato di notte, rifiutò l'uso del telefono per chiamare d'urgenza un medico.

I quotidiani hanno largamente annunziato che ad un Congresso di chirurgia tenutosi a Mosca il prof. Berchin ha comunicato di avere ottenuto la guarigione dei tumori maligni per mezzo di un prodotto, « naftalan », ritrovato dal prof. Mevjadomski.

A Milano si sono avviate le visite sanitarie previste dalla legge del 22 giugno 1939, che istituiscono la tessera sanitaria per il personale di servizio.

Il dott. PIETRO CURATOLO, di anni 84 da Campobello (Agrigento), si è spento serenamente il 17 gennaio scorso.

Laureatosi giovanissimo all'Ateneo di Napoli, fu per un triennio Assistente effettivo alla Scuola d'Igiene a Roma.

Al suo paese natìo esercitò la professione per circa cinquant'anni con alto intelletto e con passione. Lascia un vuoto incolmabile e vivissimo cordoglio tra i molti che l'amarono e ne apprezzarono le alte doti di valoroso professionista e di cittadino integerrimo.

C. F.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 11 Marzo 1940-XVIII Num. 10

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE
E TERAPIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI FIRENZE
Direttore: Prof. ANTONIO COMOLLI.

Cura senza incisione delle mastiti acute suppurate e delle raccolte ascessuali in genere.

Dott. EUGENIO PAGLIAI, aiuto inc.

In una lezione tenuta alla V Settimana Medica Padovana, giugno 1936, e pubblicata sul *Policlinico* (1), il prof. Comolli, trattando della cura con pomata all'olio di fegato di merluzzo in varie forme morbose chirurgiche, aveva occasione di rendere noti i primi risultati ottenuti dal trattamento senza incisione delle raccolte ascessuali mediante semplici aspirazioni ed immissioni di pomata all'olio di fegato di merluzzo. Citava fra l'altro le mastiti acute suppurate, delle quali, a quel tempo, erano stati curati nella nostra Scuola alcuni casi con successo.

Ormai l'esperienza che abbiamo fatta in questo campo è abbastanza vasta; così che è possibile trattare la questione un po' più ampiamente e sulla base dei dati raccolti indicare le direttive da seguire nell'applicazione di questo modo di procedere. Modo di procedere che si stacca alquanto da quello di uso comune anche dopo l'introduzione in terapia della pomata all'olio di fegato di merluzzo proposta nel 1929, dal Löhr, inquantochè nell'uso di essa il criterio corrente fondamentale della incisione della raccolta è rimasto immutato. Si sa che il metodo di Löhr e di quelli che hanno seguito il suo esempio ha dato brillanti risultati, oltre che negli ascessi, in casi svariati: osteomieliti acute e croniche, foruncoli, favi, paterecci, ulceri e piaghe torpide di varia natura, ustioni, ferite con o senza frattura ecc.

(1) COMOLLI ANTONIO: « Nuovi orientamenti terapeutici nel campo della piccola chirurgia ». *Il Policlinico*, Sezione Pratica, 1936.

Il criterio seguito per queste forme, come è noto, è quello di applicare sulla parte una pomata a base di olio di fegato di merluzzo che avrebbe la proprietà di stimolare l'attività formativa dei tessuti (sia di origine connettivale, sia epiteliale), ed eserciterebbe, per quanto in modico grado, un'azione nociva sui germi. Veramente il metodo originale proposto dal Löhr, per la cura delle osteomieliti acute, consisteva nell'apertura del focolaio osteomielitico, alla quale facevano seguito il riempimento della cavità con pomata all'olio di fegato di merluzzo, la sutura della breccia e l'applicazione di apparecchio gessato. La nostra esperienza ci ha confermato l'importanza che ha nella tecnica della medicatura con pomata all'olio di fegato di merluzzo l'applicazione di un apparecchio gessato o se non altro di fasciatura amidata od anche di un semplice strato impermeabile di inceratino o di guttaperca.

L'elemento importante nell'apertura delle raccolte purulente appare così l'allontanamento del materiale purulento. Riconosciuta l'importanza che possono avere, dopo l'immissione della pomata all'olio di fegato di merluzzo, una successiva sutura della breccia e l'applicazione di materiali che tendono ancor più a racchiudere ed isolare il processo, si può anche pensare che la messa allo scoperto del focolaio sia almeno non necessaria agli effetti del buon decorso della lesione.

Così che il semplice uso di una siringa munita di un grosso ago mediante il quale sia possibile allontanare con l' aspirazione il materiale purulento e portare dentro alla cavità, rimasta vuota, una debita quantità di pomata all'olio di fegato di merluzzo, dovrebbe rispondere alle condizioni richieste almeno per la cura degli ascessi acuti. Oltre al rispetto delle due condizioni suddette, questo mezzo offre infatti il vantaggio di non ledere ampiamente i tessuti risparmiando la rete vasale ed infine di evitare cicatrici vistose.

I primi tentativi di aspirazione del pus e sostituzione con pomata hanno subito mostrato la fondatezza di queste induzioni. Abbiamo eseguito le prime prove su ascessi da iniezione ed estese poi le applicazioni anche su altri tipi di ascessi caldi. In seguito ai risultati veramente brillanti (si è ottenuto talvolta la guarigione in pochi giorni anche in casi di raccolte molto vaste) abbiamo pensato che il metodo avrebbe potuto offrire analoghi o superiori vantaggi quando fosse stato applicato nella cura delle mastiti acute suppurate le quali, come vengono generalmente curate, richiedono un lungo periodo di medicature dolorosissime, guariscono ordinariamente con cicatrici deturpanti in rapporto alle vaste incisioni e ai drenaggi prolungati, e rendono necessaria la sospensione dell'allattamento. Di solito anzi i metodi comunemente usati non solo rendono necessaria una interruzione dell'allattamento, ma in grandissima percentuale dei casi portano allo svezzamento completo; ciò che assume una importanza particolare se si considera che le mastiti insorgono in genere nelle prime settimane dell'allattamento.

In conseguenza poi delle incisioni più o meno ampie e degli scollamenti che si usano fare in seno alla ghiandola per scovare ed aprire le raccolte purulenti si ha la formazione di vaste zone sclerotiche che determinano quasi sempre una limitazione della funzione galattogena anche negli allattamenti successivi.

Dopo aver curato un numero ragguardevole di casi di mastite acuta suppurata col più lusinghiero successo ci siamo convinti dei vantaggi che l'aspirazione e l'iniezione di pomata all'olio di fegato di merluzzo ha sulla cura con incisione, e siamo pervenuti a regolare la tecnica perfezionandola man mano, e adattandola alle particolari condizioni del processo morboso.

*
* *

Ecco come procediamo: appena risulta evidente la presenza di una raccolta ascessuale, senza attendere che si superficializzi, si ricorre alla puntura esplorativa. La zona scelta per la infissione dell'ago viene anestetizzata con novocaina all'1 % andando in profondità dalla cute fino al limite della raccolta. Una volta penetrati con l'ago esploratore (che sarà più o meno grosso a seconda dei casi, ma sempre di un buon calibro, da mm. 1,6 a 1,9) nel mezzo della raccolta, si estrae la maggior quantità possibile di pus; se esiste altra raccolta limitrofa la si vuota dirigendo l'ago dallo stesso tramite prima di estrarlo. Una volta evacuata la raccolta si lascia in sito l'ago e si sostituisce la siringa che ha servito all'evacuazione con altra carica di pomata; quindi si inietta questa con modica pressione, tenendo presente che non è opportuno riempire tutta la cavità ascessuale, ma sostituire soltanto un terzo circa del materiale estratto, specialmente nel caso che questo sia stato molto abbondante. Se esiste una certa reazione infiammatoria (indurimento dei tessuti intorno alla cavità ascessuale) conviene fare anche delle applicazioni risolventi (impacchi caldo-umidi con Clorosan).

La temperatura cade quasi subito, o nei giorni seguenti. Dopo lo svuotamento della rac-

colta e la sostituzione del pus con pomata, in conseguenza della diminuita tensione e dell'azione calmante della pomata, (specialmente se questa contiene novocaina) scompaiono rapidamente i dolori. Il giorno seguente si pratica un nuovo svuotamento. Di solito non è neppure necessaria una seconda infiltrazione di novocaina, quando si abbia l'accorgimento di penetrare nella cavità facendo seguire all'ago il tramite primitivo. Ordinariamente al momento della seconda aspirazione i caratteri del materiale estratto appaiono mutati: il pus è più fluido e commisto, oltre che a pomata, a materiale ematico. Si continuano queste sostituzioni con pomata quotidianamente, o a giorni alterni, a seconda dei casi, finchè il materiale sia notevolmente diminuito e presenti caratteri nettamente ematici.

Se al momento della seconda estrazione si ottiene poco materiale, ed alla fine dell'aspirazione fuoriesce più che altro del sangue, avendosi già dei chiari segni del pullulare di buone granulazioni, si può tentare senz'altro di limitarsi allo svuotamento senza reiniezione di pomata. Ma se la cavità è molto grande, si immette nuova pomata, a meno che non si riesca ad acquattare le pareti dall'esterno con garza pressata sulla cute soprastante da una fasciatura ben aderente. Questa precauzione impedisce il facile raccogliersi di materiale liquido, più che altro sieroso, in un ampia cavità beante; fatto che renderebbe necessarie nuove evacuazioni anche nel caso che il processo infiammatorio fosse già in avanzata regressione.

Può capitare che un ascesso mammario, in terza e quarta giornata di cura, dia l'impressione di essere in risoluzione mentre ricompaiono improvvisamente nuovi rialzi termici. Il caso non deve allarmare e indurre ad incidere: esaminando bene la mammella, si troveranno i segni di un nuovo ascesso nelle vicinanze dell'altro ed il più delle volte sarà possibile aggredirlo con l'ago attraverso il tramite già esistente.

Talora in un ascesso superficializzato, nonostante l'aspirazione si ha usura dei tegumenti; altre volte, nel caso di ascesso profondo che abbia richiesto molte aspirazioni, si può costituire un vero tramite lungo la breccia lasciata dalle ripetute infissioni dell'ago. In questi casi si ha tendenza allo svuotamento spontaneo della raccolta. Conviene continuare ad iniettare in cavità pomata anche se una parte fuoriesce al momento della immissione. Il pericolo della formazione di tramite fistoloso è escluso. Nessuno dei casi di mastite così curati ha mostrato tendenza alla fistolizzazione, poichè, ottenendo in breve volgere di tempo la obliterazione della cavità per il rapido pullulare di granulazioni in rapporto all'azione stimolante della pomata, la chiusura del foro dell'ago, o della piccola soluzione di continuo, avviene pure rapidamente. Quando si abbia passaggio per il tramite di gocce di latte basta chiudere la breccia con collodio per ottenere rapidamente la cicatrizzazione.

È questa la tecnica che noi seguiamo nella cura di qualsiasi raccolta ascessuale comprese quelle a sede mammaria. Però nei casi di mastite trattandosi di lesione della ghiandola mammaria, che per di più interviene generalmente nel corso dell'allattamento, una particolare attenzione va riserbata alla funzione della ghiandola stessa.

Contrariamente a quello che si trova raccomandato in molti trattati, e che costituisce la pratica comune, prima cura sarà quella di conservare l'allattamento. Di fronte ad una donna che in periodo di allattamento presenta una tumefazione mammaria accompagnata da rossore e ipertermia, quando non si riesca, attaccando il bambino, a svuotare a sufficienza la mammella, è sempre indicato ricorrere all'aspirazione col tiralatte eseguita con manovre delicate e pazienti.

Del resto in molti casi insorti con fenomenologia tumultuosa si può trattare in ultima analisi di un semplice ingorgo latteo; vedremo allora regredire rapidamente tutto il quadro sintomatologico con la semplice aspirazione del latte, a cui eventualmete si può far seguire l'applicazione di impacchi caldo-umidi. Anche se si è già formato o si va formando una raccolta, è buona regola ricorrere prima di tutto all'aspirazione del latte.

Dopo questa manovra la mammella si detumefà nel suo complesso e si mette così meglio in evidenza la eventuale esistenza di una raccolta per il persistere di una massa dura localizzata. In tal caso si deve eseguire una puntura esplorativa tempestivamente anche senza attendere i segni di una netta fluttuazione ed applicare impacchi caldo-umidi. Una raccolta presa all'inizio sarà vinta dall'azione della pomata all'olio di fegato di merluzzo in pochissimi giorni. Eccone un esempio.

D. S. Elena, anni 27. Ad un mese di distanza dal parto, dopo allattamento regolare, la paziente ha cominciato ad avvertire dolori alla mammella sinistra tanto violenti da dover sospendere di attaccare il bambino. La temperatura è salita a 39°. Viene a farsi visitare al nostro ambulatorio.

13 gennaio 1937: Presenta in corrispondenza del capezzolo sinistro una profonda ragade, la mam-

mella è tumefatta in toto, di consistenza uniformemente più dura rispetto all'altra; nella sua parte supero-esterna si palpa una massa della grandezza di un mandarino, dolente ad una modica pressione. Si pone la diagnosi di ingorgo latteo della mammella sinistra con ascesso, ragade del capezzolo sinistro. La paziente desidera esser ricoverata in clinica.

Cura: si estraggono col tiralatte circa 25 cmc. di latte; la mammella si presenta ora nella sua totalità meno consistente e si riesce meglio a palpare la massa che appare di durezza quasi lignea. Sul capezzolo si applica una pomata calmante, su tutta quanta la mammella un impacco caldo-umido. Ogni tre ore viene ripulito con acqua bollita il capezzolo, estratto latte col tiralatte e rinnovato l'impacco.

14 gennaio 1937: La mammella è di consistenza normale fuori che nella porzione ove esiste la massa che presenta sempre gli stessi caratteri. Il latte fuoriesce con facilità, così da poter riattaccare il bambino. I dolori in corrispondenza del capezzolo sono diminuiti, persiste dolore, anche spontaneo, in rapporto con la massa, che è un po' meno tesa, ma non presenta segni netti di raccolta. Si tenta comunque, previa anestesia novocainica, una puntura esplorativa con la quale si estrae poco più di un cmc. di pus denso che viene in parte sostituito con pomata all'olio di fegato di merluzzo e novocaina. I dolori diminuiscono; la temperatura si mantiene a 38°.

17 gennaio 1937: Persiste dolenzia in sede ascessuale. Si pratica una seconda puntura con la quale si estraggono un paio di cmc. di materiale emo-purulento commisto a pomata. I dolori cessano completamente.

20 gennaio 1937: Nessun dolore, temperatura 36,8°, l'allattamento si compie regolarmente. Nella sede della massa non rimane che una zona limitata in cui i tessuti si presentano un po' più consistenti. Si continuano le applicazioni caldo-umide. Il giorno 22 gennaio 1937 cioè in nona giornata dall'ingresso la paziente viene dimessa guarita.

L'esistenza di una raccolta purulenta non costituisce una netta controindicazione per l'allattamento. È accertato per larga esperienza che il pus, commisto al latte di donna anche in una certa quantità non costituisce pericolo serio per il lattante sano ed io non ho riscontrato inconveniente alcuno nella nostra ormai lunga esperienza nel continuare l'allattamento. È difficile dire quale importanza possano avere i timori d'insorgenza di leggeri fatti diarroici ed in casi eccezionali di fenomeni di enterocolite. Comunque sia, per quanto si sà, queste forme avrebbero un decorso sempre benigno. Nei bambini ad esclusivo allattamento al seno la funzione della mucosa del tubo gastro enterico protegge da eventuali danni da parte del materiale purulento, senza contare che col latte vengono ingeriti anche principi difensivi sotto forma di anticorpi che precocemente compaiono nel latte di donna colpita dal processo suppurativo. D'altra parte i lattanti ingoiano, senza conseguenze dannose, materiale purulento in proporzioni talora considerevoli dopo l'apertura di ascessi retro e latero-faringei. Conviene dunque, come del resto affermano e consigliano anche alcuni pediatri, una volta instaurata la cura chirurgica, riattaccare il bambino anche a costo di esporlo a succhiare una certa quantità di pus, pur di raggiungere questi due fini: *a*) impedire la stasi lattea, la quale, oltre ad ostacolare la guarigione del processo in atto, può esser causa dell'insorgenza di nuovi focolai; *b*) impedire l'estinzione della secrezione lattea per non essere costretti a dover rinunziare all'allattamento materno.

Del resto le punture evacuative, seguite da immissione di pomata all'olio di fegato di merluzzo nella cavità ascessuale, permettono di evitare l'estinzione della secrezione lattea e la stasi lattea inquantochè la funzione della ghiandola può essere con facilità conservata mediante aspirazioni del latte fatte col tiralatte e permettono al tempo stesso di evitare anche la ingestione del pus da parte del bambino. La secrezione purulenta è vinta ben presto dall'azione della pomata, (ho detto come i caratteri del materiale estratto risultino nettamente cambiati al momento della seconda e della terza estrazione) così che basta sospendere per pochi giorni di attaccare il bambino alla mammella ammalata, dalla quale però il latte non utilizzato deve essere regolarmente estratto col tiralatte. Credo che a riattaccare precocemente il bambino esista una sola controindicazione: i casi, che del resto sono piuttosto rari, di galattoforite. In questi resta però pur sempre indicata l'aspirazione del materiale che per molto tempo continua a fuoriuscire dal capezzolo: pus commisto al latte, che non viene naturalmente utilizzato.

Nella maggior parte delle mastiti che non interessano tutta la ghiandola sotto forma diffusa flemmonosa con questo trattamento si riesce ad ottenere ad un tempo la guarigione del processo suppurativo e la conservazione della funzione. La secrezione della porzione di ghiandola non interessata può notevolmente aumentare e contribuire a mantenere l'allattamento.

Nel caso che qui riporto sono riuscito a conservare la secrezione lattea e a far proseguire l'allattamento in una forma ostinata di mastite bilaterale, mentre è stato necessario dominare tre raccolte ascessuali alla mammella destra, una raccolta ascessuale alla sinistra e una profonda ragade del capezzolo di questo lato.

Z. Ada di anni 35 da Saonara. Ha partorito da due mesi e l'allattamento è preceduto regolare fino al 40° giorno, quando è comparso un dolore acuto alla mammella destra che si è tumefatta in toto. Nei giorni seguenti sono andate localizzandosi due distinte tumefazioni in corrispondenza delle quali è comparso un evidente arrossamento della cute, l'una nel quadrante superiore destro, l'altra nel quadrante inferiore destro; rialzi termici fino a 38°. Sono stati praticati impacchi freddi di acqua vegeto-minerale da un medico, il quale dopo una ventina di giorni, vedendo progredire la tumefazione e persistere i rialzi termici invia la paziente al nostro ambulatorio. Si presenta il giorno 5 settembre 1936.

Si trova a destra ingorgo latteo di tutta la mammella e due ascessi tendenti alla superficializzazione; in corrispondenza di uno di essi la cute è già seriamente compromessa. A sinistra una ragade profonda interessa il capezzolo, che si presenta tutto arrossato con larghe zone di disepitelizzazione alla sua base. La suzione provoca dolori intollerabili.

Si pratica puntura evacuativa dei due ascessi a destra penetrando con l'ago ad una certa distanza in cute sana nell'intento di impedirne la sua usura. Residua dopo svuotamento una larga zona di infiltrazione intorno alle due sacche ascessuali che vengono non completamente riempite di pomata all'olio di fegato di merluzzo: impacchi caldo-umidi rinnovati. Applicazione di pomata all'olio di fegato di merluzzo anche sul capezzolo sinistro a scopo epitelizzante dove esiste la ragade.

La paziente, che abita in un paese distante vari chilometri si presenta all'ambulatorio soltanto dopo 5 giorni. Non accusa alcun dolore alla mammella destra e riferisce di essere stata apirettica. Nel punto ove la raccolta purulenta mostrava maggior tendenza a superficializzarsi, si è formata una piccola soluzione di continuo del diametro di mezzo centimetro dalla quale fuoriesce abbondante liquido ematico commisto a pomata. Altro materiale simile viene aspirato dall'altro ascesso infiggendo l'ago nel tragitto della prima puntura evacuativa. La infiltrazione è ridotta quasi del tutto. La secrezione lattea appare perfettamente conservata. A sinistra è già stato riattaccato il lattante da un paio di giorni; il capezzolo è infatti completamente riepitelizzato. Piccola medicatura con garza in corrispondenza della soluzione di continuo.

La paziente si decide a tornare solo dopo 10 giorni per l'insorgenza di nuovi dolori alla mammella accompagnati da rialzo termico. I due ascessi precedentemente curati sono in via di guarigione, la palpazione non risveglia il minimo dolore, non esistono più tracce di infiltrazione. Profondamente si apprezza una consistenza molle elastica che fa pensare alla esistenza di raccolta liquida. Penetrando con un grosso ago attraverso i fori precedentemente praticati si estraggono, dalle vecchie cavità ascessuali, pochi cmc. di liquido fortemente ematico commisto a tracce di pomata. Sono comparsi due nuovi ascessi: uno di proporzioni piuttosto considerevoli nel quadrante superiore esterno della mammella destra, l'altro più piccolo alla mammella sinistra. A destra si estraggono col solito procedimento 15 cmc. che si sostituiscono con 6 di pomata; a sinistra se ne estraggono 3 cmc. che si sostituiscono con 1 di pomata. Impacco caldo-umido sulla mammella destra, che presenta nella zona circostante all'ascesso una certa resistenza alla palpazione. Si continua regolarmente l'allattamento con la mammella sinistra, e si fanno aspirazioni col tiralatte a destra. Le condizioni migliorano subito e scompaiono i rialzi termici. Cinque giorni dopo si apprezza soltanto una modica resistenza alla mammella destra in corrispondenza dell'ultimo voluminoso ascesso. Si estraggono da questo, attraverso il primitivo foro dell'ago, 7 od 8 cmc. di liquido nettamente ematico commisto a pomata. Si applica e si consiglia di ripetere impacchi caldo-umidi in corrispondenza della parte superiore della mammella destra. Residua una piccola soluzione di continuo, in basso, nel punto in cui il primo ascesso si era superficializzato. La secrezione lattea è perfettamente conservata anche da questa mammella. Si consiglia di riattaccare il bambino anche da questa parte alternando una poppata a destra e una a sinistra. Si rivede la paziente a distanza di tempo: riferisce che l'allattamento procede regolarmente da tutte e due le parti; la soluzione di continuo è riepitelizzata, le due mammelle si presentano normali.

Come è avvenuto nei due esempi riportati qualche volta si trova difficoltà a conservare l'allattamento per la presenza di ragadi del capezzolo, ma anche in questi casi non lo si deve interrompere. Per evitare gli inconvenienti prodotti dalla suzione da parte del neonato si pratica col tiralatte l'aspirazione del latte che può essere somministrato al bambino. Per la cura delle ragadi sarà indicata l'applicazione di pomate calmanti ed epitelizzanti (serve molto bene anche la pomata all'olio di fegato di merluzzo). Al momento di aspirare col latte o quando si potrà attaccare il bambino, si pulisce il capezzolo con acqua bollita astenendosi in modo assoluto dalle applicazioni di alcool, comunemente usate.

Ho curato fino ad oggi, e seguito anche a distanza, circa un centinaio di pazienti. In nessun caso, qualunque sia stata la entità e la gravità del processo morboso, è stato necessario ricorrere all'incisione. La guarigione si è ottenuta in media in una o due settimane; e, salvo casi speciali, in cui la paziente non ha scrupolosamente osservato i consigli ricevuti, sono riuscito a conservare l'allattamento. Sempre ottimo il risultato dal lato estetico.

Quanto ho qui riportato circa il modo di curare gli ascessi mammari può essere ripetuto a proposito dei comuni ascessi acuti ad altra sede, compresi quelli da iniezione e quelli in rapporto con linfadeniti acute suppurate.

Anche di queste forme ho ormai una esperienza non trascurabile: più di 600 casi curati senza incisione. I risultati sono stati sempre

soddisfacenti. La guarigione in genere si è ottenuta in 8 o 10 giorni mentre altri hanno richiesto più di 20 giorni di cura. In casi di linfadeniti acute suppurate la guarigione può essere ritardata dal continuare del processo in rapporto con gangli vicini. Le applicazioni caldo-umide talora portano alla regressione, mentre altre volte si arriva alla suppurazione. Naturalmente è indispensabile in questi casi il trattamento delle singole nuove raccolte che si rendono manifeste. È però sempre possibile dominare il processo anche in queste forme che potrebbero sembrare le meno adatte per l'applicazione del nostro modo di procedere.

Con ciò non voglio affermare che questo trovi indicazione assoluta in tutti i casi. Dal canto nostro però le linfadeniti acute del collo, che sono così frequenti nella giovane età, le curiamo senza incisione in vista del buon risultato estetico.

Non ho tralasciato di tentare questa terapia neppure nelle forme più ribelli, come negli adenoflemmoni: anche nella grandissima maggioranza di questi casi non si è resa necessaria l'incisione per modificare l'evoluzione del processo suppurativo.

Non escludo però che in particolari forme, come in ascessi di grande mole, (e questo vale anche per le mastiti) possa apparire più conveniente delle ripetute aspirazioni l'applicazione di un drenaggio che mantenga costantemente vuota la cavità e acquattate le pareti; e così dicasi per quegli ascessi superficiali con compromissione della cute e tendenza alla apertura spontanea. Anche in questi casi però applicando la pomata all'olio di fegato di merluzzo sono sufficienti incisioni minime, tali da permettere l'introduzione di un sottile tubo di gomma, attraverso il quale si possa nei giorni seguenti rifornire di pomata la cavità per una o più volte a seconda del bisogno. In casi particolari di ascessi profondi, come in ascessi perirenali e in ascessi appendicolari, nettamente superficializzati alla parete addominale, abbiamo ottenuto risultati insperati dall'introduzione, appena eseguita la puntura esplorativa, di un catetere di Malecot attraverso una cannula di grosso trequarti e l'applicazione di un drenaggio a sifone (che permette in poco tempo di svuotare la cavità) con la tecnica da noi usata nella cura degli empiemi pleurici sulla quale non è qui il caso di dilungarmi (1). Tolto il drenaggio è sufficiente introdurre per poche volte la pomata e si ottiene di solito la guarigione nel volgere di 10 o 20 giorni. Questi risultati sono veramente confortanti se si pensa al lungo periodo di cura che richiedono queste forme trattate con le incisioni di uso corrente. Senza contare che usando le modalità sopradescritte in casi di ascessi appendicolari nettamente superficializzati alla parete addominale questa viene risparmiata col risultato di evitare il pericolo di sventramenti.

Per rendermi conto dell'importanza che nell'andamento delle raccolte purulente così curate può avere l'immissione della pomata in confronto del semplice svuotamento della cavità ho provato in alcuni casi a limitarmi a quest'ultimo. Ho trovato che alcuni ascessi non molto voluminosi, anche a sede mammaria, con scarsa infiltrazione infiammatoria, sono giunti a guarigione abbastanza presto, mediante ripetute e tempestive estrazioni del pus; per altri, che hanno avuto un decorso più lungo, si è dovuto ricorrere all'iniezione di pomata, ottenendo il risultato di nette modificazioni benefiche nei riguardi dei caratteri della secrezione e dello stato dei tessuti limitanti la cavità ascessuale. Si verifica qui con la semplice aspirazione della raccolta quanto avviene qualche volta di ascessi che abbandonati a sè stessi, si aprono, si svuotano spontaneamente, ed arrivano in breve tempo a guarigione, offrendo risultati estetici spesso migliori di quelli che si verificano in seguito ad ampie incisioni.

La constatazione delle guarigioni spontanee e di quelle che in casi particolari possono verificarsi in seguito a semplici punture evacuative non toglie nessun valore ai nuovi criteri terapeutici. L'applicazione di pomata all'olio di fegato di merluzzo si è mostrata sempre vantaggiosa tanto nel trattamento chiuso quanto nel trattamento con incisioni. Posso ricordare a questo proposito un caso particolarmente ribelle di adenoflemmone del poplite che presentava vaste raccolte propagate alla coscia e alla gamba per il quale erano state praticate varie incisioni, lunghe dai 12 ai 15 cm. Dopo tre giorni di applicazione di pomata il fondo delle larghe brecce era completamente deterso ed appariva ricoperto da ottime granulazioni. Avvicinati con cerotti i margini cutanei, che erano divaricati di 4 o 5 centimetri, si è ottenuto in una diecina di giorni delle cicatrici lineari regolari.

L'esperienza clinica dimostra in modo esauriente che, a parità di condizioni locali riguardanti il processo infiammatorio, e della tecnica usata (aspirazioni, incisioni più o meno e-

---

(1) PAGLIAI EUGENIO. *Contributo alla cura dell'empiema pleurico con drenaggio a sifone senza cistotomia.* Boll. e Mem. Soc. Tosco-Umbra di Chirurgia, luglio 1939.

stese), l'applicazione della pomata all'olio di fegato di meluzzo accelera di gran lunga la guarigione ed offre risultati estetici migliori.

Dopo la comunicazione fatta nel 1936 (Comolli) sui nostri tentativi di trattamento chiuso con la pomata all'olio di fegato di merluzzo e sui primi risultati ottenuti, è uscito un lavoro del Masnata (1) sulle varie applicazioni di pomata all'olio di fegato di merluzzo.

Questo autore che ha provato anche il trattamento chiuso, eseguendo ricerche sperimentali e cliniche completate da esami batteriologici, ha visto che con le semplici punture evacuative, seguite da immissioni di pomata e fatte a distanza di due o tre giorni, si può ottenere la sterilizzazione della cavità ascessuale in 20 giorni, e « pur riconoscendo che questa medicazione è sufficiente in molti casi », dice di aver ottenuto migliori risultati dalle applicazioni di pomata dopo incisione, perchè con le semplici punture evacuative la guarigione si protrae più a lungo. A questo proposito devo dire che molto importante è il seguire una tecnica rigorosa.

Sono arrivato per gradi al convincimento che in generale le aspirazioni e le sostituzioni è bene siano frequenti, almeno giornaliere.

Non è dubbio che sia da riconoscere un'altra condizione molto importante per il successo anche nella bontà del materiale che si usa. E questo non soltanto nei riguardi della cura con aspirazione, ma di tutte le altre applicazioni della pomata a base di olio di fegato di merluzzo. In applicazioni le più svariate ci è capitato alcune volte di ottenere risultati nulli, e sempre abbiamo potuto constatare che la pomata fornitaci era mal confezionata con materiali non idonei. Insisto su questa circostanza perchè credo che certi scetticismi che ho sentito persistere nell'ambiente chirurgo siano da attribuire a questa causa.

In considerazione di ciò da circa due anni in tutti i casi curati ho fatto uso di una pomata preparata sempre nello stesso laboratorio, con materiali sicuramente puri, e conservata in tubi di stagno sterili. I risultati sono stati costanti. Questa pomata si allontana un po' anche nei riguardi della composizione da quella consigliata dal Löhr che risulta di due parti di vaselina e una di olio di fegato di merluzzo. Per ottenere una pomata meno densa che meglio si presti ad essere introdotta in cavità ascessuale sono state ridotte le proporzioni della vaselina rispetto all'olio di fegato di merluzzo; e nell'intento di renderla più attiva è stata aggiunta una debita percentuale di olio di fegato di Halibut, che ha un contenuto vitaminico 60 volte superiore a quella del merluzzo.

La formula usata è la seguente:

Olio di fegato di merluzzo finissimo .	gr.	46
Olio di fegato di Halibut	»	4
Vaselina bianca filante	»	50

Per le forme molto dolorose si è dimostrato vantaggiosa l'aggiunta di novocaina basica nella proporzione del 2 %.

Non intraprendo a discutere il complesso problema, che è stato oggetto di studio anche nella nostra scuola, del meccanismo d'azione della pomata all'olio di fegato di merluzzo. Varie proprietà le sono attribuite dagli autori che si sono occupati dell'argomento. Una grande importanza viene data alla presenza delle vitamine A e D. L'esperienza clinica tenderebbe a mettere in evidenza una netta influenza stimolante sulla formazione del tessuto di granulazione e del tessuto epiteliale; meno evidente sarebbe l'azione antibatterica e quella litica sul pus. I migliori risultati ottenuti con pomata più ricca di vitamine, per l'aggiunta di olio di Halibut, varrebbero a mettere in evidenza l'importanza del contenuto vitaminico.

* * *

Il criterio di curare gli ascessi, compresi quelli mammari, senza ricorrere all'incisione non è completamente nuovo. Già in passato sono state proposte delle punture evacuative, seguite o meno, da iniezioni di sostanze antisettiche. Ne risultavano troppo spesso delle fistole ribelli, per cui il metodo fu abbandonato.

Per quel che riguarda le mastiti alcuni chirurgi (Budin, Chassaignac, Legroux) si sono limitati, specialmente in casi di galattoforite (quando non esiste ancora un vero ascesso, ma la suppurazione è limitata alla sola porzione intracanalicolare) a praticare delle spremiture del seno e applicazioni di ventose, o di speciali pompe aspiranti, allo scopo di provocare la fuoriuscita del pus dal capezzolo. Budin riferisce 8 casi di successo su 9. In tali casi il risultato favorevole è certamente dovuto oltre che alla fuoriuscita del pus anche alla aspirazione contemporanea del latte ristagnante.

È noto che ancor oggi alcuni autori usano e consigliano, nelle forme di mastiti iniziali, l'applicazione di coppe aspiratrici (tipo Bier), che avrebbero lo scopo di iperenizzare la mam-

(1) MASNATA. *L'azione della pomata con Olio di fegato di merluzzo nelle forme settiche chirurgiche.* L'Ospedale Maggiore, XXV, num. 10 ottobre 1937.

mella per favorire i processi difensivi, oltre quello che io credo molto importante, di vuotarla completamente del latte ristagnante.

Altri, partendo da un'altro punto di vista, hanno fissato l'attenzione sulla presenza dei fermenti proteolitici, che si liberano dai polinucleati nel foclaio purulento, al momento in cui questi cadono in disfacimento a contatto colle tossine microbiche. Tali fermenti destinati a sciogliere i tessuti necrotizzati, eserciterebbero in un primo tempo un'azione benefica, che in seguito diventerebbe nociva, perchè i fermenti prodotti in eccesso influirebbero sul mantenersi e l'estendersi del processo infiammatorio. Si è pensato perciò di praticare una specie di lavaggio della cavità ascessuale con liquidi organici (con siero di sangue o con liquidi ascitici, o con liquido di idrocele) che avrebbero il potere di neutralizzare i fermenti. Neutralizzando in tal modo la fase nociva dell'azione proteolitica si riuscirebbe ad influenzare favorevolmente il decorso dell'ascesso che in pochi giorni volgerebbe a guarigione.

Il Peiser (1908) (1) per primo tentò di applicare questo metodo, evitando di ricorrere all'incisione della cavità ascessuale e limitandosi a svuotare la raccolta con un piccolo trequarti e lavare col liquido la cavità ascessuale mediante una siringa. Ebbe ottimi successi, ma non costanti, tanto che egli stesso consigliò di ricorrere senz'altro all'incisione, in tutti i casi, nei quali in terza giornata e dopo ripetute aspirazioni e lavaggi non si notasse un nettissimo miglioramento.

Il Kolaczek (1908) (2) ha ottenuto buoni risultati mediante questo trattamento chiuso. Iochmann e Baetzner (3), lo consigliarono con molta prudenza. Presso di noi il Maragliano (1909) (4) preferisce al trattamento chiuso una piccola incisione, e mette in evidenza che tale trattamento permette di essere meno aggressivi nell'intervento, mentre assicura risultati definitivi esteticamente migliori.

Recentemente (1937) alcuni Autori francesi, Sapault, Lévy-Bruhl, Moulier (5) hanno riferito di aver potuto evitare l'incisione degli ascessi mammari, mediante l'introduzione in cavità ascessuale di anatossina stafilococcica. Hanno trattato 23 casi di mastite con evacuazioni ripetute, seguite da immissione di anatossina, ed hanno ottenuto la guarigione in 21 casi e in periodo di 15-20 giorni. Negli altri due casi, dopo aver tentato senza successo questa cura, hanno dovuto ricorrere ad un intervento con larghe incisioni seguite da drenaggi.

Gli Autori attribuiscono gli insuccessi al fatto che si trattava in questi due casi di un'affezione streptococcica anzichè stafilococcica, come avrebbero dimostrato le prove di laboratorio. Consigliano quindi l'esame batteriologico sistematico per poter decidere, una volta identificato l'agente patogeno, se sia possibile iniziare il trattamento con l'anatossina stafilococcica o ricorrere senz'altro all'incisione.

Gli esami di laboratorio da me eseguiti in un numero assai rilevante di casi, hanno messo in evidenza per lo più la presenza dello stafilococco, eccezionalmente dello streptococco o dei due germi uniti insieme; ma il decorso è sempre stato simile qualunque fosse il germe patogeno isolato dal pus.

I risultati ottenuti dai vari Autori con semplici aspirazioni e introduzione di liquidi organici contenenti fermenti proteolitici o di anatossina stafilococcica, sembrano simili, nei riguardi della celerità della guarigione e dei risultati estetici, a quelli da me ottenuti con la cura descritta. Appare però netto il vantaggio di usare la pomata all'olio di fegato di merluzzo sempre pronta per l'uso in confronto del siero di sangue, liquido di ascite o d'idrocele, difficili ad aversi nella pratica corrente sempre a portata di mano e in quantità sufficiente. Senza contare che colla pomata risultano non necessarie le ricerche di laboratorio (non alla portata di tutti) per determinare la natura del germe.

Prima di finire voglio ricordare che ho fatto dei tentativi con successo anche in altre forme flogistiche acute quali ad esempio le borsiti e le artriti.

Di queste due forme non ho però ancora una esperienza molto vasta per cui mi astengo per ora dall'insistere su di esse. Comunque dalle prime osservazioni, sembra che per le borsiti vi sia la possibilità di giungere rapidamente alla guarigione senza ricorrere all'asportazione della borsa; per le artriti mobilizzando precocemente l'articolazione ed evitando l'artrotomia, di ottenere in pochi giorni la risoluzione dei fatti settici con buon ripristino funzionale.

---

(1) PEISER A. Münch. Med. Woch., 1908, nn. 17-18, citato da MARAGLIANO.

(2) KOLACZEK. Beeiträge zur Klin. Chir., Bd. LXI, H. 1, citato da MARAGLIANO.

(3) IOCHMANN e BAETZNER. Münch. Med. Woch., 1908, n. 48, citato da MARAGLIANO.

(4) MARAGLIANO D. *Gli antifermenti proteolitici nella terapia dei processi suppurativi acuti.* Riforma Medica, a. XXV, n. 44, 1909.

(5) MOULIER. *Traitement des abces du sein par l'anatoxine staphilococciche de Ramon.* Thèse de Paris, 1937.

*
* *

Da quanto ho sopra esposto mi sembra apparire chiaro che tanto nel caso di mastiti e linfoadeniti acute suppurate quanto nel caso di ascessi caldi i genere la cura con ripetute aspirazioni e introduzione di pomata all'olio di fegato di merluzzo debba essere presa in considerazione.

Essa presenta certamente netti vantaggi dal lato estetico per quei pazienti che esigono siano evitate cicatrici visibili. Ma anche a prescindere da questi casi, nei quali il procedimento si impone, credo che esso debba, in linea generale, esser preferito alle incisioni. Permette infatti di risparmiare le numerose e alora dolorose medicazioni richieste dalla cura con incisione, evitando il permanere in contatto dei tessuti del materiale di medicatura intriso di pus, spesso irritante e che talora emana anche odore poco gradevole.

Il procedimento è quindi ben accetto dal paziente per la più rapida guarigione, per il risparmio che incontra nello scarso consumo di materiale di medicatura e nell'evitare la ospitalizzazione, venendo così ad essere anche meno limitato nella propria attività; nel caso di mastite acuta suppurata infine per la possibilità di continuare l'allattamento.

CONCLUSIONI.

Le mastiti acute suppurate, le linfoadeniti acute suppurate, gli ascessi caldi in genere possono essere di solito curati con vantaggio senza dover ricorrere ad incisioni, sbrigliamenti, contro-aperture e drenaggi prolungati.

Il procedimento che consiste in svuotamenti ripetuti delle raccolte purulente mediante punture evacuative e successive iniezioni nella cavità ascessuale di pomata all'olio di fegato di merluzzo, ed è completato, nei casi adatti, da impacchi caldo-umidi, presenta i seguenti principali vantaggi:

1) Semplicità di trattamento, essendo evitato l'inconveniente del frequente rinnuovo, per lo più doloroso, della medicatura intrisa di pus.

2) Riduzione del periodo di cura.

3) Assenza di cicatrice: circostanza non trascurabile specialmente nei casi di linfadeniti cervicali acute suppurate, così frequenti nei ragazzi.

4) Possibilità, nei casi di mastite, di curare i focolai suppurativi rispettando al massimo il resto della ghiandola sana, e conservandone la funzione, in modo da ottenere la guarigione senza interrompere l'allattamento.

RIASSUNTO.

Per la cura degli ascessi caldi, comprese le mastiti e le linfadeniti acute suppurate, l'A. descrive un metodo consistente nell'uso di semplici punture evacuative seguite da iniezione in cavità ascessuale di pomata all'olio di fegato di merluzzo.

Riferisce i risultati dell'esperienza di numerosi casi (100 ascessi a sede mammaria, 600 ascessi ad altra sede).

Mette in rilievo i vantaggi del metodo insistendo, per ciò che riguarda le mastiti, sulla possibilità di conservare l'allattamento.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA
SALA S. MARIA II
Primario: Prof. G. PILOTTI.

Sepsi da streptococco "viridans" di origine dentaria senza endocardite. Guarigione.

Dott. AUGUSTO FABRIS, aiuto e docente.

I nostri concetti sull'azione patogena dello streptococco «viridans» tendono a modificarsi in questi ultimi anni. Mentre fino a qualche tempo fa il concetto di infezione generale da «viridans» si identificava con quello di endocardite batterica subacuta (endocardite lenta) con la grave prognosi che essa comporta, oggi bisogna ammettere come dimostrata la possibilità di infezioni generali da «viridans» senza endocardite e a prognosi per lo più benigna.

In questa categoria ritengo si debba far rientrare il caso seguente da me osservato nell'Ospedale di S. Spirito, durante il mio servizio di aiuto alle dipendenze del prof. Pilotti.

C. B., anni 40, da Proceno, casalinga.

Padre morto in età di 74 anni di broncopolmonite. Madre vivente e sana. Nulla nei collaterali.

Nata a termine da parto normale. Ebbe allattamento materno. Normali i primi atti fisiologici. Mestruò a 13 anni. Le mestruazioni successive sono state sempre regolari sotto ogni rapporto. Non ha mai avuto perdite dai genitali. Coniugata con uomo apparentemente sano, ha avuto due gravidanze a termine. I due figli godono buona salute.

Se si accettuano i comuni esantemi infantili, la paziente non ricorda di aver avuto malattie degne di nota fino all'attuale.

Il 24 agosto 1936 in pieno benessere la paziente fu colta da febbre alta preceduta da brivido. L'alterazione febbrile, con andamento intermittente o fortemente remittente, durò complessivamente una quindicina di giorni.

Ciascuna elevazione termica che raggiungeva i 39°-40°, era spesso preceduta da brivido e rimet-

teva con sudorazione profusa. Se si eccettuano alcuni fenomeni generali quali la cefalea, la depressione, l'inappetenza, la paziente non ebbe disturbi che richiamassero l'attenzione su determinati organi. Seguirono dieci giorni di relativo benessere, dopo i quali la malata fu nuovamente colpita da febbre con gli stessi caratteri per la durata di altre due settimane.

Un sanitario che visitò in quell'epoca la p., diagnosticò una febbre intestinale e prescrisse una cura sintomatica. Non furono eseguiti esami di sangue, nè altre indagini di laboratorio.

Scomparsa la febbre la p. lasciò il letto e tornò alle sue occupazioni, pur non sentendosi completamente ristabilita. Persisteva un certo malessere, astenia, inappetenza. La malata non ha più misurato la temperatura, però non esclude di aver avuto qualche volta, specie nelle ore pomeridiane, fuggevoli rialzi termici.

Continuando in questo stato di non completo benessere, la p. il 3 gennaio 1937 fu colta per la terza volta da febbre alta (40°,8), preceduta da brivido. La febbre ha presentato nei giorni seguenti l'andamento dei periodi febbrili precedenti, mantenendosi di tipo intermittente o fortemente remittente con massimi per lo più serali, di altezza variabile e senza altri particolari disturbi, se si eccettua questa volta dolore sordo alla base dell'emitorace s. e all'ipocondrio dello stesso lato, dolore che si esacerbava a volte con gli atti respiratori. Non ha però mai avuto tosse, nè espettorato, nè dispnea. L'alvo e la minzione si sono mantenuti sempre regolari.

Persistendo immutato questo stato di cose la p. si decide a trasferirsi a Roma per essere ricoverata in Ospedale, dove entra il 25 gennaio 1937.

Esame obiettivo all'ingresso: condizioni generali depresse, ma non gravi. Stato di nutrizione e sanguificazione scadenti. Sensorio vigile. Decubito indifferente. Cute e mucose visibili discretamente pallide. Nulla a carico dell'apparato linfatico. Pannicolo adiposo molto scarso. Muscolatura ipotrofica, ipotonica. Scheletro regolare. Temperatura subfebbrile. Polso di frequenza un poco aumentata, di media ampiezza, ritmico, molle. Pressione arteriosa Mx. 115 - Mn. 80 (Riva-Rocci). Respiro regolare. Lingua patinosa, umida. Nulla di notevole all'esame del faringe. Dentatura guasta.

Nulla a carico del collo. Tiroide non visibile nè palpabile.

Torace normalmente conformato, un poco scarno, simmetrico. Le due metà si espandono ugualmente. F. v. t. ovunque trasmesso. Margini polmonari in sede normale, ampiamente mobili. Suono di percussione chiaro polmonare ovunque. Respiro vescicolare senza rumori aggiunti.

Cuore: itto al quinto spazio all'interno della emiclaveare. Non si palpano fremiti. Aia cardiaca nei confini normali. Toni netti su tutti i focolai. Non rumori aggiunti.

Addome di forma e volume normali, con smagliature gravidiche antiche, ben trattabile, indolente in tutti i quadranti. Il fegato si palpa distintamente all'arco, non duro, liscio, indolente. Limite superiore alla V costa sulla emiclaveare. La milza si palpa a oltre due dita dall'arco costale, aumentata di consistenza ma non dura, con margine arrotondato, un poco sensibile alla palpazione. Il polo superiore si delimita al 7° spazio intercostale sull'ascellare media.

Negativo l'esame del sistema nervoso.

Nulla di patologico si trova all'esame delle urine.

Reazione di Wassermann nel siero di sangue negativa.

Esame ematologico: Globuli rossi 3.750.000; emoglobina 60; valore globulare 80; globuli bianchi 8.800. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 69; eosinofili 0; basofili 1; linfociti 25; monociti 5.

Nello striscio di sangue colorato non si notano alterazioni di forma e volume dei globuli rossi, salvo una lieve anisocitosi; nè presenza di forme immature o patologiche della serie rossa e bianca. Non si rinvengono elementi endoteliali.

Negativa in esami di sangue ripetuti, praticati anche col metodo della goccia spessa, la ricerca di parassiti malarici.

Esame radiografico del torace negativo. Cuore radiologicamente normale.

Sierodiagnosi di Widal per tifo e paratifi ripetutamente negativa.

Sierodiagnosi di Wright negativa.

Durante i primi giorni di degenza in Ospedale la temperatura della paziente ha presentato un comportamento diverso da quello che la malata dichiarava di aver avuto a domicilio nelle tre settimane precedenti il ricovero. Alle temperature alte con massimi intorno a 40°, spesso accompagnate da brivido che la p. aveva presentato in precedenza e che l'avevano indotta a chiedere ricovero, era subentrato uno stato subfebbrile con elevazioni quasi quotidiane, per lo più serotine, che non superavano i 38° (vedi fig. 1).

Alla diminuzione della temperatura si associava anche un certo miglioramento dello stato subiettivo al punto che la p., ritenendosi guarita o in via di guarigione, aveva chiesto di essere dimessa. Che però si trattasse di un miglioramento illusorio e che non si potesse considerare la malata come già convalescente di una qualsiasi infezione generale, lo faceva supporre la persistenza di un evidente tumore di milza.

E infatti dopo circa due settimane di febbricola, la temperatura cominciò a salire, superando spesso i 38° nelle ore pomeridiane e raggiungendo ogni 2-3 giorni i 39°-40° con innalzamenti bruschi, spesso preceduti da brivido e seguiti da sudorazione, assumendo cioè il tipo di una febbre intermittente irregolare (vedi fig. 1).

Non ostante che la p. non avesse mai soggiornato in ambiente malarico e non ostante che la temperatura mancasse della periodicità tipica della febbre malarica, pur tuttavia si ricercò in primo tempo un eventuale infezione malarica. Ma gli esami ematologici praticati più volte, anche con la goccia spessa, dettero costantemente esito negativo. A ciò si aggiunga che un tentativo terapeutico espletato per

qualche giorno con dosi curative di chinino non dette alcun risultato.

Anche un'eventuale infezione del gruppo tifo-paratifi si potè facilmente escludere con le ripetute ricerche sierodiagnostiche. A parte il tumore di milza, null'altro nel quadro clinico, ivi compreso il contegno dei leucociti, faceva ammettere una diagnosi di questo genere come probabile. A ciò si aggiunga che non si poteva prescindere dal fatto anamnestico di precedenti periodi febbrili dello stesso tipo, cominciati sin dall'agosto e seguiti da un incompleto recupero dello stato di sanità nei periodi intervallari. In altri termini il decorso complessivo della malattia non era certo quello di una infezione eberthiana o paratifica.

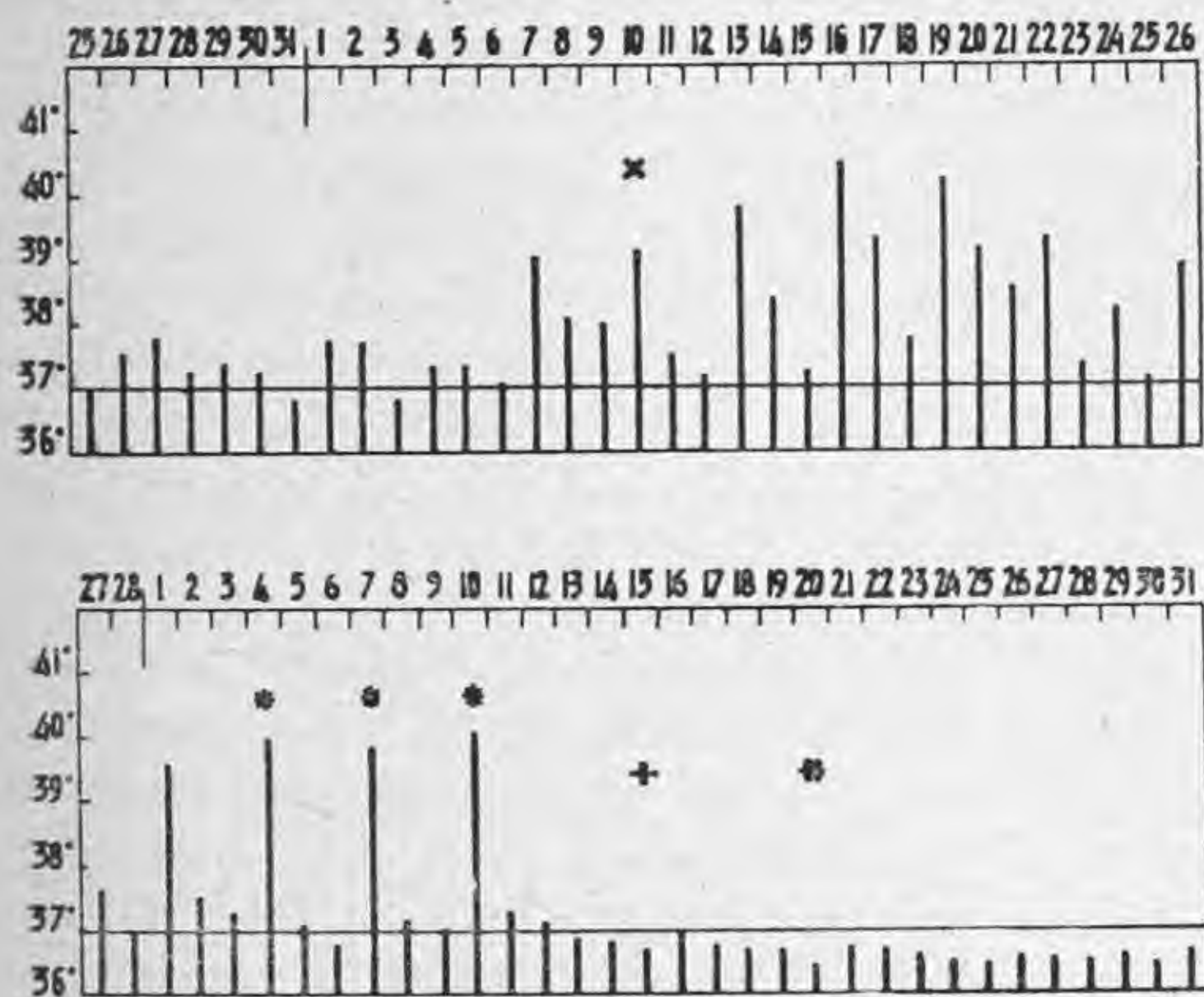



FIG. 1. — Nello schema sono riportati i massimi giornalieri della temperatura:
× Emocultura positiva per lo strept. « viridans ».
• Estrazione di denti.
+ Notevole diminuzione del tumore di milza.
++ La milza affiora appena all'arco costale.

Per il decorso più suggestita era invece l'ipotesi di una infezione melitococcica. Però anche questa si potè escludere con certezza per tante ragioni: a parte la mancanza di precedenti epidemiologici nei confronti del luogo di provenienza, era in contrasto con l'idea di un'infezione da brucelle il dato ematologico di una evidente, se pur modesta, leucocitosi e inoltre la negatività delle prove siero-diagnostiche.

Esclusa la malaria, l'infezione eberthiana e paratifica e l'infezione melitococcica, non rimaneva che pensare a una infezione generale di tipo settico.

I ripetuti tentativi emoculturali sono riusciti sempre negativi, ad eccezione di una volta in cui si è avuto lo sviluppo di uno streptococco con le caratteristiche culturali del tipo « viridans ». Questo reperto, per quanto isolato, ci ha tuttavia orientato verso le possibili cause del quadro morboso presentato dalla paziente. Siamo tornati ad esaminare con maggiore attenzione di quanto non avessimo fatto all'ingresso, l'apparato dentario della malata. La dentatura si presentava di fatto in pessime condizioni. Gran parte dei molari e premolari presentavano segni di grave carie con distruzione più o meno completa della corona. Esistevano inoltre segni chiari d'infezione in atto per la presenza di alcune fistole radicolari e per la dolorabilità che si provocava con la pressione su alcuni denti e sulle ossa mascellari a livello delle radici rispettive. Reperto obiettivo questo certamente sproporzionato ai disturbi generali dell'inferma che, per quanto asserisse di aver sofferto di carie dentaria fin dalla prima giovinezza, non aveva mai avuto disturbi importanti, se si eccettua qualche fugace odontalgia e la formazione talvolta di piccoli ascessi gengivali, guariti spontaneamente. Disturbi questi ultimi che la paziente però non aveva certamente sofferto in maniera apprezzabile negli ultimi tempi e neppure all'inizio o poco prima dell'alterazione febbrile.

Dato il reperto emoculturale e rilevata la sicura presenza di foci dentari, dopo aver espletato tentativi terapeutici con mezzi vari (prontosyl, carbone endovenoso, ecc.) senza alcun risultato, ci siamo rivolti all'opera dell'odontoiatra. Questi, dietro nostro consiglio, in quattro sedute, con intervalli di 3-4 giorni, ha praticato l'estrazione di tutti i denti della paziente che presentavano segni di carie avanzata (complessivamente una diecina), cominciando da quelli che si presumevano più gravemente infetti per periodontite, fistole radicolari, ecc. Il risultato è stato dei più brillanti. Come si può vedere dalla grafica annessa (vedi fig. 1), ogni atto operatorio che consisteva nella estrazione di 2 o 3 denti, era seguito dopo qualche ora da brivido con elevazione brusca della temperatura intorno a 40°. L'accesso febbrile durava ogni volta 6-8 ore e rimetteva completamente con profusa sudorazione. Negli intervalli la paziente si è mantenuta apirettica e in buone condizioni generali, circostanza questa che ci ha incoraggiato, non ostante le reazioni, ad insistere nella terapia chirurgica. Il cuore è stato sempre attentamente sorvegliato. Solamente la quarta ed ultima estrazione non è stata seguita da alterazione febbrile e il fatto si può spiegare tenendo presente che l'ultimo intervento si è limitato all'estrazione di due denti gravemente cariati, ma senza segni apparenti di infezione.

Dopo il terzo intervento operativo la paziente è divenuta completamente e stabilmente apirettica, mentre rifioriva rapidamente nelle sue condizioni generali, aumentando di peso. Particolarmente interessante il comportamento della milza, che fin dai primi giorni della cura chirurgica ha presentato una rapida e progressiva diminuzione di volume. Mentre all'inizio essa superava di oltre due dita l'arco costale, a distanza di due settimane dall'inizio della cura odontoiatrica, affiorava appena nelle profonde inspirazioni, mentre si abbassava al livello normale il suo limite superiore. La paziente è stata tenuta in osservazione in completa apiressia per oltre 20 giorni ed è stata dimessa perfettamente guarita il 3 aprile 1937.

Da informazioni assunte recentemente (giugno 1939) risulta che la paziente d'allora ha sempre goduto ottima salute.

* * *

Dato il quadro clinico presentato dalla nostra malata a me pare si possa affermare con certezza che essa abbia sofferto di una sepsi a punto di partenza dall'apparato dentario. Che si debba parlare senz'altro di sepsi ossia di infezione generale e non semplicemente di uno stato febbrile sintomatico di un processo infiammatorio locale, lo dimostrano parecchi elementi del quadro clinico. Innanzi tutto il decorso prolungato della forma febbrile. Se si tiene conto del fatto che la paziente aveva sofferto in precedenza di altre due manifestazioni febbrili della durata di circa due settimane ciascuna e con andamento della temperatura analoga a quello del periodo di nostra osservazione; che essa non aveva riacquistato un completo benessere nei periodi intervallari, si può ammettere con fondatezza che si sia trattato di un'unica manifestazione morbosa; la quale, pur avendo avuto delle remissioni, è durata complessivamente oltre sei mesi. Questo stato febbrile si è accompagnato con evidente tumore di milza, sintoma di per sè sufficiente per ammettere l'esistenza di una infezione generale; tumore di milza certamente legato alla malattia febbrile in quanto lo si è visto regredire rapidamente e completamente allorquando, rimossi i denti infetti, la malattia è passata a guarigione definitiva.

Sulla origine dentaria di detta infezione generale mi pare non possa esservi ombra di dubbio. A parte il dato negativo della esclusione sicura di ogni altra malattia da infezione tra quelle che sogliono ordinariamente accompagnarsi a tumore di milza, basterebbe il fatto della guarigione rapida del processo morboso in seguito alla rimozione dei foci dentari. E una chiara forma di questo legame patogenetico è rappresentata dagli accessi febbrili di breve durata, dovuti con tutta probabilità a scariche batterioemiche, che si sono verificati regolarmente per tre volte dopo ogni estrazione di denti infetti.

Ricorrono in altri termini nel caso nostro le due condizioni essenziali, fissate da Schottmüller, per poter parlare di sepsi: la presenza di un focolaio settico (denti infetti) e, da esso dipendente, uno stato febbrile protratto, con tumore di milza.

Non mi pare che sia il caso di spendere molte parole per dimostrare che il quadro clinico presentato dalla nostra inferma non ha nulla a che vedere con una di quelle condizioni morbose, per lo più croniche, legate spesso a infezioni dentarie, e che si identificano nel loro complesso con la ben nota e, come rileva giustamente Frugoni, non felice espressione di Hunter, di « oral sepsis ». Si tratta in questo caso di forme morbose in cui i fenomeni generali, se pure presenti (febbricola, astenia) sono di scarsa entità rispetto alla manifestazione morbosa a carico di un determinato organo o sistema (malattia focale). In queste forme si possono rilevare, è vero, delle fugaci batteriemie, specialmente se si ricorre a speciali accorgimenti di tecnica batteriologica (Rosenow), ma si tratta di evenienza non frequente o quanto mai non essenziale, mentre la manifestazione a distanza è in genere semplicemente dovuta « al passaggio in circolo di noxae batteriche o più probabilmente di materiali di disgregazione batterica o proteica o di altra diversa natura formatesi in seno al focus » (Frugoni).

Ammesso e dimostrato che nella nostra paziente si sia trattato di una infezione generale di origine dentaria, rimane a precisarne l'eziologia. Si può ammettere con fondatezza che il germe in causa fosse lo streptococco « viridans »? Io ritengo di sì e per le ragioni seguenti: 1) Il « viridans » è stato di fatto coltivato una volta sola nel sangue della nostra paziente. Ma è anche nota la difficoltà con cui questo germe si isoli dal sangue perfino nella endocardite lenta, nella quale la presenza della lesione endocardica e della conseguente possibilità di embolie batteriche rappresenta certo una condizione di più facile reperto del germe nel sangue. 2) A ciò si aggiunga che le culture nel nostro caso sono state allestite in brodo semplice; ora non è escluso che

se fossero stati di proposito impiegati terreni più adatti, avremmo potuto avere un maggior numero di reperti positivi. 3) Resta comunque il fatto che tutte le altre emoculture sono rimaste sterili e nessun altro germe è stato coltivato dal sangue della nostra paziente, oltre lo streptococco « viridans »: dato negativo questo che ha la sua importanza. 4) È d'altra parte ben noto che i foci dentari rappresentano anche nell'endocardite lenta una delle più frequenti porte d'entrata del « viridans ». E dobbiamo aggiungere che è stata precisamente questa nozione che nello studio diagnostico della nostra malata, dopo il primo ed unico reperto del « viridans » nel sangue, ci ha portato a ricercare nell'apparato dentario l'eventuale punto di partenza dell'infezione ed a orientare la terapia in tal senso, ottenendone risultati che non esitiamo a qualificare brillanti.

Fin dalle prime osservazioni di Schottmüller era noto che lo streptococco « viridans », oltre l'endocardite lenta, potesse determinare processi infettivi localizzati, per lo più ad evoluzione benigna.

È però acquisizione degli ultimi anni la nozione che il « viridans » può provocare, sebbene non di frequente, anche infezioni generali settiche senza localizzazione endocardica, che si differenziano dall'endocardite lenta soprattutto per la prognosi. Non solo ma pare si possa oggi affermare in base ad alcune osservazioni cliniche (De Sanctis-Monaldi, Bogendörfer,Hemsted, May) che talvolta lo streptococco « viridans » può determinare anche in soggetti portatori di vizi valvolari dei quadri febbrili a decorso protratto con tumore di milza, che si devono considerare delle sepsi benigne senza localizzazione endocardica. Casi che vanno tenuti naturalmente ben distinti dalle semplici batteriemie transitorie che rappresentano una evenienza frequente nel corso di infezioni acute localizzate, determinate dal « viridans » quali l'aborto febbrile, la tonsillite, la mastoidite, l'ascesso del polmone, la pielite, ecc. (Schottmüller, Colebrook, Miller, Warren e Herrick, Lichtmann e Gross ed altri).

I casi di setticemia pura da « viridans » senza endocardite, raccolti recentemente nella letteratura da Marquézy e Huguet (1936) non sono numerosi (Warren e Herrick, Walker, Abrahamson, Martelli, De la Querière, Woltring, Viglietta, Freund e Berger, Pick, Le Noir e Jacquelin). A questi vanno aggiunti i casi più recenti di Fleury, di Fleury e Minière e di Mosco, e quelli citati più sopra di sepsi benigna in cardiopazienti, senza localizzazione endocardica.

La porta d'entrata di queste sepsi non sempre è identificabile: spesso precede un angina. L'origine dentaria è presumibilmente più frequente di quello che non risulti dallo studio della letteratura e la ragione di ciò è determinata dal fatto che molto spesso si tratta di foci dentari latenti, che vanno ricercati di proposito.

Nella letteratura è riportato un altro caso di sepsi da « viridans » senza endocardite a punto di partenza dall'apparato dentario e che presenta strette analogie con il nostro.

L'osservazione, riportata da Fleury e Minière, riguardava una donna di 42 anni, senza precedenti morbosi, che presentò uno stato febbrile durato sei settimane, con frequenti sudori, tumore di milza, artralgie e un eritema papuloso a chiazze intorno alle ginocchia (allergico?). Una emocultura fu positiva in 4ª settimana per lo streptococco « viridans ». La guarigione definitiva seguì alla estrazione di un dente del giudizio infetto, lesione decorsa fino allora latente.

Il quadro clinico di queste sepsi da « viridans » senza endocardite, così come è stato abbozzato nel loro studio sintetico da Marquézy e Huguet e come si ritrova nel nostro caso, è semplice: è caratterizzato da febbre della durata di 3-6 settimane, febbre che può essere di vario tipo, ma spesso, come anche nel caso nostro, di tipo intermittente o fortemente remittente con brividi e sudorazioni profuse.

Nel caso nostro si sono avuti tre periodi febbrili, i primi due della durata di due settimane, il terzo, più lungo, durato oltre due mesi. Negli intervalli probabilmente la paziente ha avuto solamente delle febbricole. Un decorso febbrile quindi prolungato e a tipo ricorrente come si incontra con una certa frequenza nelle infezioni da « viridans ».

Il tumore di milza è costante e rappresenta il contrassegno della infezione generale. Frequente una lieve anemia a tipo secondario. Caratteristica la scarsa o assente leucocitosi: i leucociti non superano per lo più la cifra di 8-9 mila per mmc. (8800 nella nostra osservazione, 8500 nel caso di Woltring, 8000 in quello di Viglietta, 7600 in quello di Marquézy e Huguet). Il che non meraviglia se si pensa che anche nella endocardite lenta la leucocitosi spesso manca o è scarsa. Manca naturalmente in queste sepsi senza endocardite tutto quel corteo sintomatico caratteristico dell'en-

**

docardite lenta e che è legato alle embolie (manifestazioni cutanee, alterazioni renali ecc.).

Si ha ragione di ritenere che il « viridans » in queste sepsi senza endocardite si coltivi dal sangue ancor meno facilmente che nell'endocardite lenta: nella grande maggioranza delle osservazioni riportate è stato isolato una sola volta. Fatto questo naturalmente non sufficiente ad infirmare il valore causale del « viridans » in queste forme.

Concludendo si può oggi ammettere che esistano casi di infezione generale da streptococco « viridans » senza endocardite, che si differenziano dalla endocardite batterica subacuta (endocardite lenta) sopratutto per la prognosi che è in genere benigna. Il focolaio settico ossia il punto di partenza di queste sepsi può essere rappresentato da foci dentari latenti, nozione questa da tenere ben presente per la possibilità, come nel caso nostro di chiarire la genesi di stati febbrili oscuri e istituire di conseguenza una terapia efficace.

La benignità di queste infezioni generali da « viridans » senza endocardite viene a ribadire il concetto che la gravità della endocardite lenta non è tanto in funzione della virulenza del germe quanto della localizzazione endocardica. Nei casi di sepsi da « viridans » in cui manca la localizzazione sull'endocardio, si ha ragione di trovare giustificata, anche nei riguardi della patologia umana, la qualifica di « mitior » conferita da Schottmüller allo streptococco « viridans » in base all'azione patogena negli animali.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di sepsi da strept. « viridans », venuto a guarigione in seguito alla estrazione di denti infetti. Il caso, che trova riscontro in altri della letteratura, porta ad ammettere la possibilità di infezioni generali da « viridans » senza endocardite e a carattere benigno.

LETTERATURA.

Una ricca letteratura sull'argomento fino al 1936 è riportata nel citato lavoro di MARQUÉZY e HUGUET (Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 52, p. 874, 8 giugno 1936).

Confronta inoltre:

FLEURY e MINIÈRE. Press. médic., 24 giugno 1936, p. 1035.

MAY E. Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 6 luglio 1936, p. 1142.

FLEURY J. Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris, 20 luglio 1936, p. 1269.

MOSCO D. Min. Med., n. 33, 18 agosto 1938.

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

Insufficienza coronaria nelle azotemie extrarenali.

(P. GÖMÖRI e Z. v. GRUBER. *Klin. Wochenschr.*, 4 novembre 1939).

I disturbi da azotemie extrarenali non si attribuiscono oggi più alla deficienza di cloro, ma a fattori emodinamici. La carenza di sale agisce soltanto in quanto determina una disidratazione dell'organismo. Così nella azotemia dopo vomiti o diarree (perdita di Na Cl) in quella da malattia di Addison (diminuita capacità di fissare il sodio) e in quella del coma diabetico (deficit di Na per le perdite di basi fisse in seguito alla acidosi) non è la perdita di Cl che per sè stessa provoca l'azotemia: fattori determinanti la azotemia ipocloremica sono invece la perdita di Na e la conseguente disidratazione. Poichè la perdita di liquidi consecutiva a impoverimenti in Na proviene sempre dai liquidi extracellulari, negli stati di disidratazione diminuiscono questi e con essi la quantità di sangue circolante. Diminuisce quindi la pressione sanguigna mentre il sangue si ispessisce, aumenta il contenuto proteico del plasma e conseguentemente la sua pressione colloido-osmotica.

La combinazione di questi due fattori, diminuzione della pressione del sangue ed aumento della pressione colloido-osmotica del plasma, porta ad una diminuzione o annullamento completo della pressione di filtrazione nei glomeruli del rene. Inoltre la circolazione è anche rallentata: nella disidratazione che segue alla legatura del piloro la quantità di sangue che in un minuto scorre attraverso la carotide può scendere fino alla 1/2 o anche ad 1/3 del normale. È verosimile che negli stati di disidratazione gli alterati fattori emodinamici provochino disturbi circolatori anche nei vasi coronari: la difettosa irrorazione ha per effetto alterazioni del miocardio, dapprima reversibili ma alla lunga definitive. Gli AA. hanno provocato sperimentalmente una disidratazione nei gatti, legando loro il piloro. La elettrocardiografia permette di constatare alterazioni tipiche: nel 50 % dei casi già dopo 48 ore dalla operazione, dopo 72-144 ore nella quasi totalità degli animali operati.

I principali tipi di alterazioni dell'elettrocardiogramma sono: 1) depressione notevole del tratto S-T con cuspide T bifasica; 2) cuspidi T isoelettriche risp. nettamente negative; 3) il tratto S-T inizia al disopra della linea isoelettrica e prosegue in un T negativo; 4) tutte le cuspidi ma specialmente il complesso QRS sono molto più basse; 5) allargamento e frammentazione del complesso QRS. Alterazio-

ni elettrocardiografiche analoghe furono osservate in una paziente di 45 anni affetta da occlusione intestinale. Poichè le alterazioni descritte somigliano per molti riguardi a quelle constatabili in pazienti affetti da insufficienza coronaria risp. infarto miocardico, si deve ammettere che la disidratazione, per mezzo dei fattori diminuzione della pressione e rallentamento della circolazione, provochi un difettoso riempimento dei vasi coronari e con ciò una ipossemia del miocardio. Le alterazioni miocardiche sono per qualche tempo reversibili: infondendo nelle vene dei gatti cui era stato legato il piloro, soluzione fisiologica al 0,9 %, l'elettrocardiogramma può ritornare normale. Se invece i disturbi circolatori hanno durato qualche tempo, i danni al miocardio sono definitivi. In tali condizioni la introduzione di liquidi può, caricando troppo la circolazione, peggiorare il reperto elettrocardiografico: gli AA. hanno constatato questo anche clinicamente, in un paziente affetto da stenosi pilorica, dopo infusione di 5 litri di liquido. Se ai gatti col piloro legato, si introducono giornalmente 80 cmc. di liquido fisiologico per Kg. di peso, la vità degli animali si prolunga fino a tre volte quella dei controlli operati, non compare l'azotemia e l'elettrocardiogramma resta per lo più normale. I reperti elettrocardiografici sperimentali sono dovuti principalmente alla didratazione e ai fattori emodinamici che ne dipendono: estirpando ai gatti i due reni, la uremia vera che ne risulta determina modificazioni elettrocardiografiche di tipo diverso (predominano i disturbi del sistema di conduzione ventricolare). P.

Interruzione di gravidanza e sterilizzazione in base ad indicazioni cardiache.

(F. LANGE. *Münch. Med. Wochenschr.*, 24 ottobre 1939).

Nei vizi cardiaci completamente compensati non è mai necessaria la interruzione della gravidanza. Nelle gravide che si presentano in stato di scompenso la decisione richiede un periodo di osservazione clinica. Se con il riposo e con gli usuali metodi di terapia cardiaca si riesce a compensare la circolazione, la gravidanza potrà arrivare senza pericolo al suo termine normale: se invece non si ottiene il compenso, si dovrà interrompere la gravidanza. Su 789 richieste di interruzione di gravidanza per cause cardiache, i periti hanno deciso per la interruzione in 446, hanno rifiutato la interruzione in 343 casi. In altri 29 casi era stata richiesta la sola sterilizzazione, questa venne consentita a 27 donne, rifiutata a 2. Nel 25 % delle donne che chiedevano che la gravidanza venisse interrotta, non fu confermata la diagnosi di vizio cardiaco organico. Durante la gravidanza esistono infatti molti fattori che possono simulare un vizio inesistente: l'aumento di volume dell'utero e quindi l'innalzamento del diaframma determinano la quasi costante comparsa di un soffio, specialmente alla base, e danno al cuore una posizione più orizzontale per cui la percussione constata un ingrandimento della ottusità. Durante la gravidanza sono poi frequenti i disturbi vasomotori: in donne predisposte possono manifestarsi cianosi, edemi, tachicardia, dispnea. Il consenso per la interruzione della gravidanza è stato dato principalmente in casi di stenosi mitralica: in 59 casi per stenosi pura (di cui 45 scompensati) e in 144 di stenosi e insufficienza (di cui 131 scompensati). L'interruzione venne inoltre consentita in 108 casi di insufficienza mitralica (di cui 81 scompensati) e in 103 casi di insufficienza muscolare del miocardio, senza lesioni valvolari (di cui 7 soli sicuramente compensati). In soli 4 casi di interruzione di gravidanza si ebbe la morte della donna, durante o poco dopo l'intervento. La interruzione venne rifiutata al 41 % delle richiedenti perchè non esisteva l'addotto danno cardiaco; al 12,3 % perchè la stenosi pura o associata a insufficienza era compensata; al 6,6 % per buon compenso di lesioni miocardiche; al 4,4 % per disturbi funzionali tireotossici; al 2,5 % affette da insufficienza aortica e al 9,4 % da disturbi circolatori svariati. Di queste 343 donne 267 ebbero un figlio vivo (77,8 %), 55 abortirono o ebbero un figlio nato morto (16 %), 3 vennero a morte prima del termine della gravidanza, 4 dopo avere abortito spontaneamente. La morte avvenne principalmente in casi di stenosi mitralica. P.

Chirurgia della regione sellare e soprasellare.

(ODY F. *Chirurgie*, n. 1, 1939)

L'A. dice che l'era della chirurgia e della patologia dell'ipofisi inizia appena trenta anni fa, poichè fino allora tutto era sconosciuto di questa ghiandola.

Delle tre parti in cui è stata divisa la ghiandola quella posteriore o neuroipofisi è quella funzionalmente legata al cervello ed è stata chiamata anche il tredicesimo nervo cranico impari: il lobo medio, la cui esistenza è contrastata nell'uomo e che segrega l'intermedina; il lobo anteriore o adenoipofisi, parte ghiandolare propriamente detta, nella quale normalmente si verifica il fatto che delle tre varietà di cellule che la compongono, quelle di una stessa specie possono riunirsi e formare una ghiandola nuova, in seno all'adeno-ipofisi. Nasce quindi un organo nuovo che si chiama adenoma. Qui comincia il problema chirurgico, poichè l'adenoma compie tutte le funzioni della cellula madre ed è solo quando il numero delle cellule che lo compongono diventa eccessivo che la secrezione diviene nociva per l'organismo.

Quando l'adenoma raggiunge un certo volume agisce in due modi: biochimicamente provocando alterazioni ormoniche per l'ipersecrezione ormonale e meccanicamente per compressione del chiasma e del pavimento del 3° ventricolo.

Gli adenomi sono basofili, acidofili o cromofobi a seconda delle cellule che li compongono; quelli acidofili determinano la malattia di Pierre Marie o acromegalia, quelli basofili la malattia di Cushing e sono adenomi tossici di piccolo volume, quelli cromofobi sono quelli chirurgici, voluminosi e sostengono una sindrome da ipofunzione poichè evolvendo distruggono tutte le cellule ghiandolari creando la sindrome di Froelich o distrofia adiposo-genitale; è per il fattore meccanico che la sindrome chiasmatica attira la prima attenzione con l'emianopsia bitemporale e le cefalee retro-orbitarie.

La seconda sindrome da insufficienza causa la malattia di Simmonds. Tuttavia nulla ancora di definitivo: dal periodo ipofisario si degrada ora verso quello tuberiano e si pensa che la malattia di Froelich sia dovuta a una lesione del tuber. Esisterebbe una interdipendenza funzionale fra la adenoipofisi e l'ipotalamo, ma in questo campo molto resta ancora da vedere.

L'adenoma cromofobo va operato, quello acidofilo, come quello basofilo in particolare si giovano della radioterapia. Nelle sindromi da insufficienza, si faranno iniezioni di estratti ipofisari o trapianti.

I tumori soprasellari sono di due specie: craniofaringiomi che derivano da residui embrionali della tasca di Ratche, si riscontrano generalmente nei bambini e sono tumori inestirpabili chirurgicamente. La puntura e l'asportazione della parte aggredibile dà una regressione dei sintomi che raramente va al di là di qualche anno. I meningiomi soprasellari sono tumori endoteliali di origine meningea, sono completamente estirpabili chirurgicamente ; la loro diagnosi differenziale e quella dei craniofaringiomi cogli adenomi dell'ipofisi è del tutto difficile. Il meningioma è il meno frequente dei tumori soprasellari: è nel rapporto di 1:15 cogli adenomi e 1:4 coi craniofaringiomi. Nella regione soprasellare si trovano anche degli pseudo-tumori: le aracnoiditi ottico-chiasmatiche, sia aderenziali che cistiche nelle quali l'intervento dà spesso dei risultati brillanti, i tumori del nervo ottico, gli aneurismi del sifone carotideo. Tutte queste affezioni disparate sono chirurgicamente aggredibili per varie vie: ormai abbandonata la via bucco-nasale, quasi tutti i neuro-chirurgi hanno adottato la via intracranica. Constatata la lesione a cielo scoperto il chirurgo deciderà la sua condotta. Nel caso di un adenoma si inciderà la tenta dell'ipofisi e si ripulirà la sella colla curette; se di un craniofaringioma ci si limiterà secondo i casi a fare una puntura del tumore o a tentarne l'asportazione, se di un meningioma è necessario fare l'incisione della capsula e l'asportazione del contenuto, dopo di che si tenterà l'asportazione totale. Nel caso infine di una aracnoidite si asporteranno le aderenze o le cisti formate, cioè si cercherà di ristabilire la libera circolazione del liquido cefalo-rachidiano negli spazi della base.

G. BENDANDI.

Chirurgia ed emofilia.

(CHARLES A. VANCES. *Annals of Surgery*, vol. 109, 1939).

L'A. fa delle osservazioni sul complesso problema che interviene alla mente del chirurgo allorchè si trovi di fronte alla necessità di operare un paziente emofiliaco. L'A. ha studiato 4 casi; due furono operati, l'uno di mammectomia per carcinoma, l'altro di appendicectomia per appendicite acuta. Nel primo il reperto dell'esistenza di un emofilia fu occasionale e il paziente sopravvisse all'intervento, mentre il secondo che aveva una chiara anamnesi positiva per l'emofilia, decedette a sei giorni dall'intervento per profusa e infrenabile emorragia endoaddominale. I secondi due casi riguardavano due fratelli ambedue notoriamente e chiaramente emofillici, i quali furono colpiti da un attacco di appendicite acuta; a causa della loro anomalia costituzionale non furono sottoposti a intervento e in seguito a ciò uno morì, per peritonite acuta da perforazione. È quindi necessario al chirurgo di fronte a questi casi avere la possibilità di mettere questi pazienti in condizioni di sopportare l'intervento con un miglioramento dello stato emofillico. Il tempo necessario per una preparazione adeguata varia da non meno di quattro settimane a qualche mese. I sistemi e le sostanze usate sono fra le più svariate: dalle iniezioni di siero di cavallo agli estratti ovarici, dalle proteine eterogenee alla vitamina C fino alle trasfusioni di sangue, che la maggioranza degli AA. accetta come ottimo ai fini di dare al p. subito prima dell'intervento 200-300 cc. di sangue fresco fornito delle proprietà coagulanti. Subito dopo l'intervento e in seguito il p. sarà accuratamente sorvegliato e si somministreranno ancora preparati coagulanti; fibrinogeno, se l'emorragia è venosa iniezioni di adrenalina al millesimo, peptone di Whiete; per via endovenosa il cloruro di Ca e sodio citrato.

In conclusione se è vero che gli emofillici sono dei malati « male operabili », pure quando non v'è possibilità di scelta di fronte alla necessità impellente di un intervento, questa non deve essere scartata, poichè se si dispone del tempo necessario la preparazione dei malati può essere fatta servendosi di tutti i mezzi che si riterranno opportuni e che servano a mettere il p. in condizioni di sopportare l'operazione.

BENDANDI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

Denis Brocq-Rousseu et Gaston Roussel. *Le Sérum normal. Propriétés physiologiques.* Deuxième Série. Masson et C.ie Edit. Paris, 1939, pag. 640. Prezzo fr. 140.

È un grosso volume che tratta esaurientemente e integralmente un aspetto del vasto studio sul « siero normale », quello delle sue proprietà fisiologiche, mentre in un precedente lavoro di uguale mole e non di minore importanza gli stessi AA. avevano trattato delle sue qualità fisiche; e nella breve introduzione essi preannunciano un terzo volume che si occuperà delle proprietà diastasiche del siero, il che lascia pensare che potranno anche seguirne degli altri, venendosi a costituire nel complesso l'opera più grandiosa sinora scritta sull'argomento.

È un'opera densa di dottrina e di coltura, ricca di esperienze eseguite su differenti specie animali; ma è anche un utile libro di consultazione, per qualunque ricerca di erudizione e di curiosità scientifica, sopratutto qualora si consideri che esso è corredato di una bibliografia che occupa 76 pag. su 630, e che riporta 3925 citazioni di lavori, che all'argomento si riferiscono, scritti e pubblicati in tutte le lingue.

Precisata la proprietà « antigene » del siero normale si svolge l'attività di ricerche e di analisi su quelle antibatteriofaghe, tossiche, agglutinanti, conglutinanti, precipitanti, sensibilizzanti, opsoniche, battericide, emolitiche, leucocitolitiche, complementari, coagulanti, vasocostrittive, ematopoietiche, nutritive e infine terapeutiche. Ogni singolo e speciale studio corrisponde ad un capitolo, in cui l'argomento è considerato sotto ogni possibile aspetto, sintetizzando le esperienze più conclusive sui caratteri intrinseci e su quelli costituiti dalle variazioni subite per influenzamento da cause endogene ed esogene, interferenti fisiologicamente e sperimentalmente sull'ordinario comportamento del siero stesso.

Trattando delle proprietà agglutinative gli AA. dedicano la loro attenzione all'interessante argomento dei « gruppi sanguigni nell'uomo e negli animali », soffermandosi anche sulla loro applicazione medico-legale per la ricerca della paternità; il che sta a dimostrare come l'opera si estenda al di là dei limiti di una dottrina puramente scientifica e sperimentale. Questo particolare carattere del libro nel campo pratico, che può unicamente interessare una categoria di lettori, anche meglio si manifesta nei paragrafi ove si tratta dell'azione del siero sulla crescenza, sulla gestazione e sulla senescenza, nella parte che riguarda l'azione del siero normale sui diversi batteri, tanto nell'animale vivente infettato quanto in *vitro*, e nei riferimenti alla sua azione terapeutica.

È nel suo insieme un'opera di particolare valore teoretico e pratico, che può arricchire la biblioteca di qualunque medico desideroso di conservarsi in un elevato livello colturale.

G. Mòglie.

Albers H. *Normale und pathologische Physiologie im Wasserhaushalt der Schwangeren.* Vol in-8° di pagg. 119. Ed. G. Thieme, Lipsia, 1939, RM. 8,50.

Il libro comincia con una breve messa a punto dell'importanza dell'acqua per la vita organica. Segue uno studio originale della quantità di sangue e di plasma durante la gravidanza, dell'influenza su di essa del parto e del rapporto fra quantità totale di sangue e quantità totale di plasma nelle gravide con edemi, rispetto alle gravide normali.

Un capitolo a parte è dedicato allo studio della pressione venosa durante la gravidanza normale, nella tossicosi gravidica e dopo il parto. Nelle stesse condizioni l'A. ha studiato i rapporti fra quadro proteico del plasma e pressione colloido-osmotica.

Infine l'A. pone la questione se durante la gravidanza si determinino o meno delle modificazioni della permeabilità all'acqua delle pareti vasali.

Considera il suo studio, fatto in grande parte sulla base dei risultati di ricerche personali originali, come un contributo alla conoscenza dell'edema gravidico, e come una base per importanti deduzioni clinico-terapeutiche.

M. Coppo.

E. Gellhorn e J. Régnier. *La perméabilité en physiologie et en pathologie générale.* Masson, 1936, pag. 928, Frs. 160.

Indotto dalla necessità delle sue personali ricerche a leggere alcuni capitoli del libro originale tedesco di Gellhorn sulla permeabilità, Régnier lo trovò così interessante da deciderne la traduzione. Questo lo occupò però per tanti anni che, una volta l'opera compiuta, l'A. francese si trovò costretto a completamente aggiornarla, perchè troppa strada aveva percorso nel frattempo la dottrina della permeabilità cellulare. Tale aggiornamento è fatto in forma di aggiunte in fine pagina, capitolo per capitolo, scritte in italico, mentre il testo originale di Gellhorn è in romano.

Oltre alla trattazione trattatistica dell'importante argomento, sono esposte nell'opera le ricerche personali dell'A. tedesco sulla permeabilità dei tessuti ai colori, sulla importanza della temperatura nella velocità di penetrazione delle sostanze nelle cellule, sulla permeabilità del tessuto muscolare agli ioni.

Nessuna teoria della permeabilità consente allo stato attuale delle cose di spiegare tutti

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

i fenomeni constatati nelle varie cellule e la discussione delle due più note (lipoidea e dell'adsorbimento) porta ad accettare una teoria che unisce l'ultrafiltrazione all'adsorbimento, secondo il calibro dei pori delle cellule animali e vegetali e delle membrane animali. Uno dei caratteri più importanti della membrana plasmatica messa in evidenza dagli AA. mi sembra essere la sua costituzione colloidale alla quale partecipano, secondo rapporti vari, albumine e fosfatidi. Il fatto che l'aumento della imbibizione si accompagna ad un aumento della permeabilità, ben si accorda con la teoria che unisce l'ultrafiltrazione all'adsorbimento. Secondo le varie cellule, i vari fattori hanno varia importanza nel determinarne la permeabilità.

La permeabilità della cellula vivente non può essere senz'altro ricondotta alla permeabilità delle membrane inerti, poichè le leggi fisiche semplici che valgono per queste non sono applicabili integralmente a quelle. È quindi necessario concepire la permeabilità della cellula vivente non più dal punto di vista statico, ma dal punto di vista dinamico, essendo però ben chiaro che con questo termine non si intendono processi che debbano per definizione sfuggire all'investigazione scientifica presente e futura. M. COPPO.

H. RIBBERT. *Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie*. Editore Vogel, Berlino. Prezzo RM. 27.

Il classico manuale di patologia generale e anatomia patologica di Ribbert compare nella sua dodicesima edizione aggiornata da H. Hamperl dell'Istituto patologico di Berlino.

L'opera consta di tre parti: la prima dedicata all'etiologia generale, la seconda all'anatomia patologica generale, la terza all'anatomia patologica speciale.

Quantunque il libro non sia molto voluminoso la materia trattata è ampia, completa in ogni sua parte. L'esposizione è concisa ma chiara.

Ben 700 figure illustrano il testo.

La veste tipografica è sobria ma nitida.

DR.

BOMSKOV CH. *Methodik der Hormonforschung*. Vol. II, in-8°, pagg. 1016. G. Thieme. Lipsia, 1938. Mk. 89.

Il secondo volume dell'opera magistrale di Bomskov non ha bisogno di una dettagliata presentazione. Di ogni ormone si trova in questo libro più o meno tutto ciò che si sa, compresi i risultati più nuovi, sopratutto nei riguardi della tecnica che consente la dimostrazione dell'esistenza dell'ormone e lo studio delle sue attività. Ogni capitolo, ogni pagina del monumentale trattato possiede in calce un'ampia documentazione bibliografica che fa del libro un'inesauribile miniera di nuove idee di lavoro ed il classico testo di consultazione per chiunque si accinge a studiare problemi di ormonologia.

Scegliere qualche argomento particolare per presentarlo ai lettori è, dinnanzi a questo libro, ardua opera: citerò soltanto l'esposizione completa che occupa circa 30 pag. dei metodi usati per la dimostrazione dell'ormone dell'allattamento, estratto dall'ipofisi anteriore, esposizione che può consentire di riprendere in esame con perfetta conoscenza il problema, che è tra i più interessanti e promettenti della moderna endocrinologia.

M. COPPO.

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Inhaltsübersicht. Un vol. in-8° di 127 pag. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1939.

È da un ventennio che continua la pubblicazione di questo monumentale trattato diretto da E. Abderhalden. Ad esso si viene ora apponendo la parola « fine » con questo indice sistematico generale, che ci permette una veduta d'insieme dell'opera, 483 fascicoli, alcuni dei quali abbastanza voluminosi, in 107 volumi, suddivisi in 16 parti. Complessivamente 95.000 pagine. I collaboratori sono stati 944, di cui 661 tedeschi e 283 stranieri; gli italiani non sono che due, Herlitzka, con una monografia sull'esame psico-fisiologico dei piloti d'aviazione e Lattes, con una monografia sull'individualità del sangue.

Le 13 sezioni in cui si divide l'opera trattano tutti i metodi di ricerca, che possono essere applicati alla biologia: fisici, chimici, chimico-fisici, morfologici, fisiologici, psicologici, botanici, farmacologici, immunitari, ecc. Una vera miniera di nozioni per lo studioso.

La casa editrice fornisce delle facilitazioni per l'acquisto di tutta l'opera o di singole parti. *fil.*

Un omaggio ai medici italiani.

« *La vostra guerra, medici italiani - Note dal campo* » di Alfredo Gutierrez, il libro di profonda umanità che ha raccolto innumerevoli plausi e di cui l'*Ufficio stampa medica italiana* ha edito la seconda edizione, ponendola in vendita a beneficio degli Orfani dei Sanitari italiani, è stato segnalato in termini entusiastici da « *Milizia Sanitaria* », che ne ha riportato interi capitoli.

Questo aureo libro, che porta in prima pagina l'elogio espresso dal *Duce* per i medici italiani, e che rappresenta tutti gli aspetti della vita di sacrificio e di lotta propria di tutti i medici e specie di quelli condotti, è reso ora accessibile gratuitamente; poichè il Laboratorio dott. G. Borromeo (Via Moscati n. 18 - Milano) ne ha rilevato molte copie e lo manda in omaggio ai Medici italiani che gliene facciano richiesta.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Mediche di Ferrara.

Seduta del 30 novembre 1939-XVIII

Presidente: prof. G. BOSCHI.

Presentazione di una corea grave dell'adulto insorta e guarita in gravidanza.

G. BOSCHI. — V. S. Giuseppina di anni 31, di Codigoro, inviata dal dott. Cantelli, il 30 gennaio corr. anno, presenta da circa un mese una sindrome dapprima prevalentemente motoria, coreiforme: si dimena, sembra scattare, fa smorfie, schiocca la lingua, mangiucchia, è disartrica; le riesce talvolta impossibile usare l'arto superiore destro. La psiche, lucida dapprima, appena leggermente ottusa, si fa schiettamente confusa, con idee deliranti di colpa e di persecuzione ed agitazione. Insorge un paio di giorni soltanto elevazione termica di qualche linea. La P. è in secondo mese di gravidanza. La malattia data da una ventina di giorni.

Esami sierologici negativi.

Vien riferito che il padre fa talvolta discorsi sconclusionati e che una sorella sarebbe morta di tumore cerebrale (non controllato anatomicamente).

Si praticano due applicazioni diacefalorachidiane di autoematonevrasso-terapia a distanza di 20 giorni l'una dall'altra (la prima non aveva dato alterazione febbrile se non trascurabile). Una settimana dopo la seconda, la donna esce dall'Ospedale soggettivamente ed obbiettivamente guarita con piccoli reliquati andati poi scomparendo.

La nozione anamnestica, sia pur vaga, non bene accertata, che un paio di anni innanzi la P. avesse sofferto di disturbi analoghi se pure molto più lievi; nonchè il carattere delle turbe psichiche, confusionali e deliranti anzichè di ottundimento, di disinteresse, di apatia, dissuadono l'O. dal diagnosticare corea di Huntington, sebbene vi siano sospetti di famigliarità nella patologia.

Egli ritiene che si trattasse di una di quelle coree che Claude chiama recidivanti o persistenti (il primo episodio sarebbe insorto fuori di gravidanza). Però l'attuale conclamata e grave manifestazione sorse in gravidanza: potrebbe quindi anche parlarsi di « corea gravidica ». Importante l'efficenza della cura diacefalorachidiana, essendo noto che in generale tali cure non guariscono se non dopo la liberazione della donna dalla condizione gravidica.

Risulta anche una volta l'importanza della neurologia anche di fronte al problema demografico.

G. FORCHIELLI. — *Del matrimonio rato e non consumato.*

Considerazioni cliniche su alcuni laringectomizzati.

F. VIGI. — L'O. trae argomento dalla presentazione di tre laringectomizzati per epitelioma della laringe per discutere in quali casi possa essere consigliabile eseguire l'intervento in due tempi anzichè in uno solo. Allorchè si opera in due tempi, con semplice tracheotomia è preferibile il metodo di plastica proposto da Bronzini, che consiste nell'eseguire una stomia definitiva della trachea preparando un lembo cùtaneo protettivo sopra lo stoma stesso.

Tumore a mieloplassi primitivo della mastoide.

E. MURATORI. — Si tratta di una ragazza di 17 anni che ha presentato improvvisamente paralisi completa del facciale D. con dolori a trafittura alla regione mastoidea D., per cui è stata sottoposta a mastoidotomia. Le cellule mastoidee profonde si sono trovate piene di un liquido sieroso trasparente giallastro, mentre in corrispondenza delle cellule intersinuso-facciali si è trovata una massa molliccia rossastra, sanguinante con estrema facilità. Tale massa che in poche settimane non solo ha occupato completamente la cavità operatoria ma sporgeva dalla ferita cutanea coll'aspetto di una granulazione grossa come una ciliegia, all'esame istologico è risultata trattarsi di un tumore a cellule giganti.

La Radium e la Roentgenterapia sulla regione mastoidea hanno dato risultati soddisfacenti anche per quanto riguarda la paralisi del facciale che è rimasta solo a carico del ramo inferiore.

Nella letteratura non sono stati descritti altri casi di tumori a cellule giganti dell'apofisi mastoidea.

Intorno ad un caso di ascesso del Citelli.

D. CLIMELLI. — Traendo lo spunto da un caso tipico di « ascesso di Citelli » l'A. illustra questa entità morbosa ed in particolar modo la sua patogenesi, e proietta alcuni radiogrammi molto dimostrativi circa la sede e l'estensione della lesione.

Presentazione di una sclerosi a placche guarita in seguito a cura diacefalorachidiana.

G. BOSCHI. — Donna curata nell'aprile dell'anno scorso allo stato incipientissimo; vertigini, qualche vomito, facile ceduta della articolazione del ginocchio D. e dell'articolazione del piede, con senso di tremito agli arti inferiori donde un'andatura cauta, un po' lenta. Dissimetria degli addominali, Babinski bilaterale.

Una sola applicazione diacefalorachidiana.

Miglioramento lento e progressivo fino alla scomparsa completa che data da otto mesi di ogni disturbo oggettivo e soggettivo. Persiste un accenno del segno di Babinski, che si considera un semplice reliquato semeiotico.

Il Segretario: F. BARJSON.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sintomi concomitanti della gastro-enterite cronica.

Secondo F. Bodart e R. Klima (*Wiener Arch. f. inn. Med.*, novembre 1939) l'achilia o la gastrite anacida con enterite è assai più frequente di quanto generalmente si creda, specialmente nell'età avanzata; dai 60 ai 70 anni, la si trova in proporzione del 40 % ed è assai più frequente nel sesso femminile. Non sempre essa si manifesta clinicamente con sintomatica da parte dell'apparato digerente, ma spesso anzi, con segni che si ritengono caratteristici di altre malattie, per esempio, l'anemia perniciosa.

Tali sintomi sono: 1) alterazioni della lingua: (glossite ed atrofia della mucosa, senso di bruciore alla bocca, ragadi agli angoli boccali); 2) stati disfagici e crampi esofagei, che troppo leggermente si diagnosticano come « globo isterico »; 3) alterazioni delle unghie, che si fanno sottili e fragili e dei capelli, che diventano aridi, ispidi, incanutiscono precocemente e cadono; 4) ipercheratosi dei follicoli piliferi e facili complicazioni catarrali ed infiammatorie bronco-polmonari; 5) polineurite e talora mielosi funicolare; 6) osteoporosi ed alterazioni della pelle, che si fa sottile ed anelastica; 7) tetania: ed artrosi deformante.

La causa di tali sintomi può ricondursi in molti casi a carenze ed ipovitaminosi; vitamina A per 1) e 2); ferro per 3); vitamina C per 4); vitamina B_1 per 5); vitamina D per 6). La cura dell'affezione gastro-intestinale e la somministrazione della sostanza carenzata inducono notevoli miglioramenti nello stato dei pazienti. L'essenziale è di attribuire i sintomi rilevati alla vera causa. *fil.*

Il glucosio nel trattamento delle diarree infantili.

È noto che la dieta di mele, secondo Heisler-Moro, che pure si dimostra efficace incontra talora delle difficoltà fra cui non si deve trascurare lo sviluppo di acetonemia, che porta poi a vomiti ed al rifiuto di cibo. Per ovviare a questo inconveniente, N. Malmberg (*Acta paediatrica*, vol. XXV, in onore di H. Ernberg, 1939) ha aggiunto alle mele grattugiate 30-50 grammi di glucosio, rilevando che esso non ha nessuna influenza nociva sulla diarrea. Con successive osservazioni, è venuto a formulare per gli stati diarroici infantili, una dieta in cui non vengono dati troppo presto i cereali che, come dimostra la colorazione jodica delle feci, non sono digeriti sul principio molto bene.

La dieta è la seguente: dapprima: somministrazione di sola acqua o tè leggero, in quantità corrispondente all'età del bambino, con aggiunta di 40-50 g. di glucosio. Nelle consecutive 24 ore, 100 cmc. di latte con tè od acqua e 50 g. di glucosio, ripartiti in 4-5 volte. Aumento giornaliero di un decilitro di latte, fino ad arrivare alla razione normale di 5 decilitri, diminuendo corrispondentemente la quantità di acqua o tè con glucosio. Prima della somministrazione, il latte va bollito per 5 minuti allo scopo di uccidere gli eventuali germi che potrebbero essere dannosi. La mancanza di vitamina si ripara con la somministrazione di acido ascorbico (50-100 mg. pro die) o di succo di arancio o di limone, da iniziarsi al 2° o tutt'al più al 3° giorno di cura.

Nei poppanti non ancora abituati alla dieta mista, quando si è raggiunta la quantità di 5 decilitri di latte, si daranno dei biscotti pestati e, più tardi, delle farine. Nei più grandicelli già abituati a dieta mista, una volta raggiunti i 5 decilitri di latte, si daranno succhi di frutta, pesce con burro fresco, formaggi, uova, e poi biscotti, pappe di semolino, frutta e verdure. Il latte va bollito soltanto nei primi 5-6 giorni di trattamento. Dopo altri 5-6 giorni, si potrà sostituire il glucosio con lo zucchero comune.

Tale dieta è stata applicata con successo per 4 anni nell'Ospedale pediatrico di Stoccolma, diretto dall'A. *fil.*

Nei vomiti ostinati.

I vomiti ostinati, le crisi gastriche e l'epigastralgia possono essere l'espressione di una ipovitaminosi, specialmente B_1 e C. J. Kupas (*Münch. med. Wschr.*, 1939, n. 25) consiglia, particolarmente nei vomiti della gravidanza, l'iniezione giornaliera di vitamina C, ed a giorni alterni l'iniezione di vitamina B_1. L'effetto è abbastanza rapido. *fil.*

Nell'atonia intestinale postoperatoria.

Per combattere questa grave sequela, E. Huppanner (*Schweiz. med. Wschr.*, 16 dicembre 1939) consiglia i clisteri di trementina con la seguente formula: emulsionare 2 rossi d'uovo con 30 grammi di olio di trementina e diluire in 500 cmc. di acqua calda. Si ottiene così uno stimolo della parete rettale che ha come conseguenza l'evacuazione. Invece dei tuorli d'uovo, si può usare della gomma arabica (10 grammi corrispondono ad un tuorlo), con cui si può pure ottenere una buona emulsione. *fil.*

IGIENE

La pastorizzazione del latte e le fosfatasi.

Le fosfatasi sono enzimi che si trovano in quantità discretamente elevate nel latte crudo e che sono stabili per il periodo che può in-

tercorrere fra la raccolta del latte ed il suo esame, ma hanno una resistenza al calore di ben poco superiore a quella dei bacilli patogeni che si trovano nel latte. La determinazione quantitativa delle fosfatasi, che può farsi agevolmente con il metodo proposto da Kay e Graham, può quindi servire come controllo della pasteurizzazione. La tecnica ed il campo di applicazione della prova sono descritte in una recente pubblicazione (1); un editoriale di *Lancet* (9 dicembre 1939), insiste sull'utilità di tale prova per un sicuro controllo dellá pastorizzazione. *fil.*

(1) H. D. Kay, H. Aschaffenburg e F. K. Neave. The phosphatase test for control of efficiency of pasteurisation. Imp. Bureau od Dairy Science, Tech. Communication, n. 1, 1939. Prezzo 2 S.

NOTE DI RADIOLOGIA

La localizzazione di corpi estranei secondo il metodo di Strohl.

Dariaux A. e Desgrez H. (*La Presse médicale*, fasc. n. 73, 1939) ricordano un episodio della guerra mondiale durante il quale uno di essi in una ambulanza radiologica si trovò di fronte tanti feriti con proiettili da localizzare che il grave lavoro potè essere espletato solo con il semplice e rapido metodo di Strohl. Un cartone con sopra sistemati due piombini di repere fu applicato tra la lampada e il diaframma dell'apparecchio radioscopico, il punto preciso del proiettile veniva segnato sulla pelle del ferito che giaceva sul ventre o sul dorso, un cartellino ne precisava la profondità. Riportato questo espisodio per dimostrare la facilità di detto metodo eseguibile anche con mezzi di fortuna, passano a descrivere le apparecchiature necessarie, il principio su cui si basa, la tecnica più appropriata per eseguirlo. Riguardo agli errori essi sono dovuti alla proiezione, ma saranno tanto più trascurabili quanto il corpo estraneo sia lontano dalla pelle e situato più profondamente.

DAVANTI.

MEDICINA SCIENTIFICA

La natura dell'ipertonicità arteriolare nella glomerulonefrite acuta.

Si può ragionevolmente supporre che la pressione sanguigna sia regolata dalle leggi idrodinamiche di Poiseuille.

Secondo Pickring l'aumento della pressione nella nefrite acuta non dipende da aumento della gittata cardiaca, mentre dell'opinione opposta è Hayosaka.

W. Melville Arnott e G. Douglas Matthew (*The Quarterly Journ. of medic.*, ottobre 1939) hanno fatto degli esperimenti col metodo delle applicazioni di calore agli arti. Sostanzialmente la pressione non è modificata dalla vasodilatazione, però l'eliminazione massima di calore della mano è più elevata nella fase ipertensiva che non in quella non ipertensiva. Nell'ipertensione umana di origine renale ci sono due meccanismi uno nervoso e uno non nervoso. *t.*

VARIA

Diminuzione e scomparsa di alcune malattie oculari.

A. Villard (*LII Congresso della Soc. franc. di oftalmologia*, maggio 1939) segnala la scomparsa quasi totale, che viene verificandosi da qualche decennio dell'oftalmia dei neonati, della fistola lacrimale, delle gomme dell'iride, della coroidite sifilitica, dell'atrofia ottica tabetica, dell'oftalmia strumosa grave, della ptiriasi palpebrale. Tale modificazione della nosologia oculare è in rapporto con i trattamenti preventivi delle cause che determinano tali affezioni ed alle migliorate condizioni igienico-alimentari. *fil.*

L'ugola bifida nei bambini.

Una delle principali varietà di conformazione dell'ugola è data dalla sua bifidità che, come osserva E. Benvenuto (*Il Valsalva*, nov. 1939) dipende da un incompleto saldamento delle lamine palatine sulla linea mediana. Quando l'imperfezione del saldamento è più estesa, si ha allora la così detta gola di lupo, o palatoschisi, che comporta una comunicazione più o meno ampia fra la cavità orale e quella nasale.

L'A., nelle sue funzioni di medico scolastico, ha potuto osservare molti scolari (2725) sui quali ha ricercata l'esistenza dell'ugola bifida. L'A. l'ha riscontrata in 17 (0,62 %): 11 casi su 1937 maschi e 6 su 1328 femmine. Il fattore ereditario fu riscontrato in 4 (23 %), di cui 2 casi dal ramo materno e 2 dal paterno. In uno, l'anomalia fu riscontrata oltre che sulla madre, sulla zia e la cugina.

Il grado di bifidità era il seguente: in 3 apicale, in 7 interessante quasi tutto il corpo; in 7 completa (dall'apice alla base), dando l'impressione di due ugole distinte e vicine.

A quanto sembra, l'anomalia non si accompagna nè ad alterazioni del retrobocca o del faringe, nè a disturbi speciali (deglutizione, fonazione) tanto che era passata quasi sempre inosservata. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

P. PICCININI. *Per l'autarchia nel campo dei farmaci e delle industrie idrologiche.* Uff. Stampa Medica. Milano 1939.

G. GIANNI. *Sindrome di Loeffler in corso di eritema nodoso.* Omnia-Medica. Pisa. 1939.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

In tema di concorsi per primario.

Pubblichiamo le osservazioni del prof. Dolfini; a proposito dell'argomento di tanto grande interesse sia anzi consentita un'osservazione di indole generale.

Quanto più si rende un concorso difficile per esami e per prove numerose, quanto più cioè si cautela l'interesse pubblico e la certezza di una buona scelta, tanto più si dovrebbe essere ampî nelle accettazioni e consentire larga partecipazione alle prove, in guisa che la scelta avvenga fra il più largo numero di concorrenti. La legge attuale ha sancito proprio opposto orientamento: ha reso obbligatori gli esami: li ha stabiliti numerosi e complessi e tutto ciò sta bene; e invece ha reso grandemente più ristrette e limitate le condizioni per accedervi, escludendo così dalle prove gran numero di aspiranti che avrebbero potuto ben superarle. È probabile che anche questo punto fondamentale debba essere considerato e modificato.

Da un recente concorso per primario chirurgo di un grande ospedale sono stati esclusi dei candidati, ricoprenti il posto di primario in importanti ospedali, perchè sprovvisti del requisito di un minimo di anni di servizio come assistenti di ruolo.

È un episodio che solo ad un'osservazione superficiale può apparire insignificante, ma che in realtà riveste notevole importanza, perchè riguarda la carriera di molti medici, e il problema, fondamentale per l'efficienza dei nostri ospedali, del reclutamento dei primari.

Le norme per l'espletamento dei concorsi per primari ospitalieri, com'è noto, sono state fissate recentemente con apposito decreto (n. 1631 del 30 settembre 1938). Tra i requisiti richiesti per essere ammessi ai concorsi c'è quello (art. 47-b) di « avere almeno sei anni « di servizio prestato in ospedali in qualità di « aiuto o assistente di ruolo, ovvero se gli « aspiranti appartengono a cliniche universi- « tarie e ad istituti di patologia medica o chi- « rurgica, avere sei anni di servizio, di cui al- « meno quattro prestati in qualità di aiuto o « di assistente ordinario ».

Nessuna menzione vien fatta, a proposito dei titoli minimi di ammissione, dei candidati che hanno conseguito il titolo di primario in precedenti concorsi, o che sono primari in servizio presso altri ospedali. Intendeva forse il Legislatore con ciò negare qualsiasi valore a questi titoli, agli effetti dell'ammissione ai concorsi, ed escludere da questi i primari in servizio, magari da molti anni, presso grandi ospedali, ma sprovvisti del minimo di assistentato di ruolo richiesto? Se così fosse, si verificherebbe questa strana situazione, che da un concorso sarebbero esclusi dei primari, mentre vi potrebbero adire i loro assistenti... Sarebbe certamente in questo modo raggiunta molto male la finalità del Legislatore, il quale, nel fissare i requisiti minimi di ammissione al concorso, era mosso soltanto dallo scrupolo di garantire al concorso stesso una soglia sufficiente di preparazione nei candidati.

Perchè da un punto di vista generale, aprioristico, si deve pur ammettere che un primario in servizio presso un grande ospedale, sotto questo riguardo offre sempre una garanzia maggiore dell'assistente con sei anni di servizio all'ospedale di... Peretola. Perchè prima dell'attuale regolamento (e cioè fino a un anno fa), nell'intraprendere la carriera del primariato, nessuno si preoccupava di munirsi del requisito dei sei anni di assistentato di ruolo; difatti molti sono giunti al posto di primario, anche nei nostri massimi ospedali (e si potrebbero citare molti esempi), non avendo detto requisito, ma per compenso avendo prestato servizio per un numero di anni molto maggiore come assistenti straordinari, incaricati, volontari, onorari, coadiutori, per borse di studio ecc., e in complesso avendo un *curriculum* rispettabilissimo, e facendo poi (questo sopratutto importa) onorevolissima prova nell'esercizio delle loro funzioni di primari. Ora escludere dai concorsi per primario candidati con questi requisiti, significherebbe calpestare i loro diritti acquisiti precedentemente all'emanazione della legge, metterli in condizione d'inferiorità di fronte agli assistenti loro dipendenti, tradire i fini della legge, che non sono certo quelli di escludere i più preparati specificamente, per favorire gli... apprendisti, danneggiando così l'efficienza degli ospedali, e infine — considerazione, questa ultima in ordine, ma non in importanza — offendere il buon senso.

***

Del resto, che il requisito del servizio minimo come assistente di ruolo, non riguardi coloro che sono già primari, risulta anche dalla precisa dizione della legge: il comma b dell' art. 47 suona così: avere almeno sei anni... ovvero se gli assistenti *appartengono* a cliniche...: *avere*... cioè questi requisiti sono richiesti in *tempo presente* a coloro che sono assistenti al momento del concorso; se si riferisse a coloro che per il fatto di essere già primari, non sono più, ma sono stati assistenti, così si sarebbe espresso: *hanno prestato* almeno sei anni... ovvero *hanno appartenuto* a cliniche, ecc.

Ma non basta: secondo la logica di certi esegeti, per il fatto che nella legge, a proposito dei titoli minimi di ammissione al concorso, non vien fatta nessuna menzione del servizio prestato come primario, questo dovrebbe contare zero... Ma questo non è certo nelle intenzioni del legislatore. Infatti basta tener presente quanto stabilisce l'art. 55 della legge, nei riguardi della valutazione dei titoli di carriera; esso pone al *primo* posto il servizio da primario, al *secondo* posto l'idoneità conseguita in concorsi per primario, e soltanto al *sesto* posto il servizio di assistente effettivo.

E infine, se il titolo di primario, conseguito in precedenti concorsi, non dovesse permettere di adire ai concorsi per primario, si dica allora per quali altri concorsi dovrebbe servire...

*
* *

Ho creduto opportuno richiamare l'attenzione sull'interpretazione di un punto di primaria importanza del nuovo regolamento degli ospedali, in corso di applicazione e di esecuzione; l'esperienza potrà indicare l'opportunità di emendamenti e di rettifiche che per ora sarebbero premature. Ora si tratta di applicarlo con oculatezza e discernimento, tenendo presente che esso è diretto a migliorare l'efficienza dei nostro ospedali, anche nei riguardi di una migliore selezione nella scelta del personale tecnico.

Trento, 2 gennaio 1940-XVIII.

Prof. dott. GIULIO DOLFINI.

Cronaca del movimento corporativo.

Convenzione per l'imposta sulle entrate dei professionisti.

In deroga di quanto era stato fissato per la tenuta dei bollettari da parte dei professionisti e artisti, una convenzione conclusa stabilisce che per queste categorie si userà il sistema dell'abbonamento per il pagamento dell'imposta.

L'aumento da applicarsi sul reddito, ai fini del calcolo dell'imposta sull'entrata, è graduale e va a scaglioni, tenendo così conto dell'introito che ciascun professionista percepisce, allo scopo di non creare alcun eccessivo aggravio per quelli meno provvisti di reddito. Si stabilisce pertanto che per i professionisti con reddito fino a lire 10.000, sarà calcolato sul reddito un aumento del 25 per cento; per quelli con reddito da L. 10.001 a L. 25.000, un aumento del 50 per cento; per quelli con reddito da L. 25.001 a L. 75.000, un aumento del 75 per cento; e infine per quelli aventi un reddito di oltre L. 75.000, l'aumento da calcolarsi sarà del 100 per cento.

Le maggiorazioni inerenti all'importanza del centro di residenza del professionista sono calcolate sul reddito e sull'aumento a scaglioni nella seguente misura: 5 per certo per le città sino a 100 mila abitanti; 8 per cento per le città di oltre 100 mila e sino a 200 mila abitanti; 10 per cento per le città di oltre 200 mila e sino a 500 mila abitanti; 15 per cento per le città di oltre 500 mila abitanti.

La maggiorazione derivante da titoli per insegnamento universitario è fissata nella misura del 10 per cento. A meglio chiarire questo congegno rileveremo che ad un professionista il quale, ad esempio, è titolare di un reddito di L. 10.000, l'aumento che si praticherà porterà ad applicare l'imposta sull'entrata su una somma di L. 12.500 annue. Se lo stesso professionista risiede in una città, ad esempio, di 300 mila abitanti, si calcolerà una ulteriore maggiorazione che eleverà il reddito a L. 13.750. Se ancora lo stesso professionista possiede un titolo per l'insegnamento universitario, si avrà un'altra maggiorazione che porterà il reddito a L. 15.125.

Nell'intento di venire incontro alle particolari esigenze dei professionisti che si trovano agli inizi della carriera e di coloro che non raggiungendo il minimo imponibile, non risultano iscritti fra i contribuenti della imposta di ricchezza mobile, si determina un regime speciale che consiste nella fissazione di un canone annuo di lire 60.

Il 1° raduno sindacale medico dell'anno XVIII.

Nella sala delle adunanze del Palazzo della provincia di Bari ha avuto luogo, il 3 marzo, il primo raduno sindacale medico dell'Anno XVIII sotto la presidenza del commissario ministeriale del Sindacato, sen. Bastianelli.

Sono state svolte relazioni su argomenti che interessano la categoria nel campo sindacale e professionale.

I lavori del congresso sono stati preceduti dalla cerimonia inaugurale presieduta dal Prefetto, durante la quale hanno porto il saluto ai convenuti il Podestà, il Preside della provincia ed il Presidente dell'Unione professionisti e artisti.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche:

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Arezzo, per 3 posti; scad. 31 marzo, ore 12;
Cagliari, per 19 condotte, di cui 1 nel capol.; scad. 30 maggio, ore 12.
Caltanissetta, per 1 posto; scad. 15 apr.;
Foggia, per 5 posti; scad. 30 apr.;
Istria, per 3 posti; scad. 30 apr.
Littoria, per 1 posto; scad. 30 apr., ore 18;
Macerata, scad. 31 marzo;
Mantova, per 11 post, di cui 1 nel capol.; scad. 30 apr., ore 18;
Milano, per 25 posti; scad. 31 maggio.
Napoli, per 17 posti, di cui 2 nel capol.; scad. 30 apr., ore 12;
Parma, per 3 posti; scad. 30 apr.;
Pesaro, per 8 posti; scad. 31 marzo;
Reggio Emilia, per 9 post; scad. 31 marzo, ore 18;
Rieti per 17 posti; scad. 30 apr.;
Siena, per 6 posti;
Torino, per 7 posti;
Varese, per 9 posti; scad. 30 giugno;
Vicenza, per 15 posti; scad. 31 marzo.

Laboratori provinciali d'Igiene Profilassi (Sezione med.-micrograf.):

Istria, per assistente; scad. 30 marzo;

Padova, per uff. sanit. in 11 consorzi intercomunali; scad. 31 marzo (il Decreto recante le condizioni dovrà essere richiesto alla Casa editrice pei Comuni di Padova, via S. Francesco 21).

Reggio Emilia, per coadiutore; scad. 30 apr., ore 18;

Rieti, per assistente; scad. 30 apr.

Dispensari antivenerei:

Agrigento, per Licata; scad. 30 apr.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

OSPEDALI

Le scadenze di tutti i concorsi ospedalieri sono prorogate al 31 marzo.

COSENZA. *Consorzio Prov. Antitub.* — Tre medici dispensariali (per le Sezioni di Castrovillari, Paola e Rossano); L. 5400 oltre 1900 serv. att.; è ammesso il libero esercizio. Tassa L. 50. Scad. ore 12 del 31 marzo.

PADOVA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — È aperto concorso pubblico per titoli ed esami al posto di Aiuto medico del Dispensario Provinciale Antitubercolare. Stipendio iniziale lire 10.000, suscettibile di tre aumenti quinquennali del decimo; indennità di servizio attivo di L. 1000, più il 20 % sui proventi del Dispensario. Lo stipendio e l'indennità sono al netto della riduzione del 12 % di cui al R.D. 20 novembre 1930 n. 1491, ma soggetti alla riduzione ed agli aumenti determinati dai successivi provvedimenti di legge relativi. Età massima anni 40 al 15 febbraio corr. anno, salve le eccezioni e le protrazioni di legge e di regolamento.

Per le altre condizioni del concorso chiedere copia del bando alla Segreteria del Consorzio (Palazzo dell'Amministrazione Provinciale).

Il concorso si chiude alle ore diciotto del 30 aprile corr. anno.

PIACENZA. *Ospedale Civile.* — Assistente di chirurgia L. 5500 oltre L. 1000 serv. att., c.v.; scad. 31 marzo, ore 18.

Per 124 ufficiali del Corpo Sanitario

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Il termine per la presentazione delle domande, e relativi documenti, per l'ammissione ai concorsi, per titoli ed esami, a 81 posti di tenente medico, in servizio permanente effettivo, di cui al decreto ministeriale in data 31 ottobre-XVIII, pubblicato sulla « Gazzetta Ufficiale » del Regno n. 284 del 7 dicembre 1939-XVIII, è prorogato al 10 aprile 1940-XVIII incluso.

Per i candidati che si trovano in Albania, in Libia, nelle isole italiane dell'Egeo, nei territori dell'A.O.I. o all'estero, è data facoltà di presentare i prescritti documenti entro il 10 maggio 1940-XVIII, fermo restando l'obbligo di presentare la domanda nel termine del 10 aprile 1940-XVIII.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Primariato della seconda Divisione chirurgica; titoli ed esami; L. 6000 lorde e partecipaz.; scad. ore 18 del 15 aprile; età limite 45 a.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Sono stati nominati i proff.: Edoardo Calandra, di clinica ortopedica, a Palermo; Berardo Mario Cetroni, di ostetricia Sc. Ost., a Ferrara; Luigi De Caro, di fisiologia umana, a Pavia; Giovannino De Gaetani, di anat. e istol. patologica, a Modena; Francesco Delitala, di clinica ortopedica, a Napoli; Luigi Manzi, di ostetricia, Sc. Ost. di Catanzaro; Michele Mitolo, di Fisiologia umana, a Bari; Giovanni Palmieri, di radiologia, a Bologna; Francesco Rezzesi, di Patologia generale, a Perugia; Lucio Severi, di anat. e istol. patologica a Sassari; Giuseppe Solarino di patologia generale, a Bari; Antonio Tommaselli, di ostetricia, Sc. Ost., di Salerno.

Il prof. Francesco Putzu è passato dalla cattedra di patologia chirurgica a quella di clinica chirurgica nell'Università di Cagliari.

Il prof. G. S. Donati ci scrive:

Illustre Maestro,

Nel n. 6 del mese di febbraio u. s. del « Policlinico », sezione pratica, è comparsa la notizia che io sono stato nominato primario chirurgo nell'Ospedale di Verona al posto del compianto prof. Austoni. Siccome tale notizia non è esatta in quanto che io ho avuto semplicemente un incarico provvisorio e siccome è stato fatto un appunto a me per tale notizia che viene attribuita da qualche amico benevolo a mia iniziativa esibistionistica e reclamistica, così sono a pregarvi vivissimamente di voler rettificare la cosa. Si tratta per me di un episodio che ha una certa importanza onde voglio sperare nel vostro cortese sollecito interessamento.

Vogliate gradire, Illustre Maestro, i miei più sentiti ringraziamenti e devoti ossequi.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

L'8° Congresso americano delle scienze si adunerà a Washington dal 10 al 18 maggio, sotto gli auspici del Governo degli Stati Uniti. I vari governi americani sono stati invitati per via diplomatica a farsi rappresentare; inoltre il Comitato organizzatore ha invitato istituzioni e organizzazioni scientifiche di tutta l'America. I lavori saranno ripartiti in 11 Sezioni, tra cui le seguenti riguardano la medicina: Sanità Pubblica e Medicina; Biodemografia (Congresso internazionale di Biodemografia); Scienze fisiche e chimiche. I temi fissati per la Sezione di Sanità Pubblica e Medicina sono: Chemioterapia; Nutrizione; Rieducazione dei bambini minorati fisicamente; Cancro; Tubercolosi; Cardiopatie; Malattie regionali: tularemia, verruga peruviana, oncocercasi, pinto, febbre gialla, peste pneumonica, febbre ondulante, tifo endemico, dissenterie; temi generali; che non rientrano in nessuno degli assunti precedenti e riguardanti anche le proposte delle varie Repubbliche.

Sono in programma feste, escursioni, visite. Saranno proiettate, cinematografie su argomenti chirurgici e sanitari; sarà organizzata una grandiosa mostra.

Quasi contemporaneamente l'Unione Panamericana celebrerà il suo cinquantenario. Durante i mesi di maggio e giugno si terranno, negli Stati Uniti, non meno di 20 altre importanti riunioni mediche.

Presidente effettivo della Sezione di Sanità pubblica e Medicina è il sig. Thomas Parran, direttore del Servizio di Sanità Pubblica degli Stati Uniti; segretari sono i dottori A. M. Stimson; dello stesso servizio, e A. A. Moll, segretario dell'Ufficio sanitario Panamericano (Sede: Washington, D. C.).

La 16ª Conferenza medica pan-indiana si è tenuta a Lahore durante le scorse vacanze natalizie.

La Mostra medico-sanitaria alla Fiera di Milano.

Fra le mostre che troveranno ospitalità nella prossima edizione della Fiera Internazionale di Milano, un notevole risalto assumerà quella della Medico-Sanitaria, che fin dal 1938 si affermò con successo e incontrò le larghe simpatie degli interessati. L'importante rassegna avrà una sede ancor più degna che per il passato, occupando totalmente un vasto ed elegante padiglione sul viale delle Nazioni, e precisamente nel primo tronco di questo, fra l'ingresso di Piazza Giulio Cesare e la centralissima Piazza Italia. Le maggiori industrie italiane del ramo hanno già assicurato la loro adesione, mentre si appalesa sempre più intenso l'interesse delle ditte di categoria per questa Mostra che documenterà un successo produttivo nazionale e dimostrerà come anche nel settore medico-sanitario procede sicuro e sereno il lavoro italiano.

Durante la manifestazione fieristica, si svolgerà, fra gli altri, un Convegno di personalità del campo della medicina e della chirurgia, di direttori di istituti ospitalieri, ecc., al quale seguirà una minuta visita della Mostra, che verrà ad offrire così, in un'atmosfera particolarmente favorevole, ampio campo d'osservazione agli interessati.

All'Accademia di Storia della medicina.

Il sen. prof. G. Ovio ha tenuto un'interessante conferenza, dal titolo « Qualche escursione letteraria nel campo dell'oculistica », illustrando dapprima l'interpretazione data dal Boccaccio al vocabolo « guerci » del 40° verso del canto VII dell'Inferno, nel senso di strabici e discorrendo sulle diverse teorie sullo strabismo, da Paolo d'Egina ai tempi recenti.

A proposito, poi, di un brano del Malmantile riacquistato, parlò del detto popolare di « far vedere le stelle » e, quindi, dei fenomeni dei fosfeni, del lampeggiamento degli occhi e del gatteggiamento. Senza accennare alla troppo nota competenza scientifica, il pubblico ha ammirato nella conferenza del prof. Ovio la sua vasta erudizione e la prodigiosa memoria, che gli ha permesso di citare — senza il benchè minimo soccorso di letture — interi brani di prosa anche in varie lingue, dal greco all'inglese, e numerosi versi di vari scrittori accennanti agli argomenti trattati.

Fra il pubblico convenuto nelle severe sale dell'Accademia di Storia della medicina, vi erano vari senatori, il principe Chigi, il vicedirettore della Sanità Pubblica, prof Labranca, i proff. Capparoni, Pazzini, ecc.

Medicinali veramente autarchici.

Alla *Mostra della Pesca*, che quest'anno ebbe nome di « Fiera del Ventennale », la *S. A. Farmaceutici Italia* del Gruppo Montecatini ha esposto un nuovo prodotto ricostituente: l'Adisole, olio di fegato di tonno ipervitaminico.

Questa preparazione della Ditta milanese ha origine esclusivamente dai fegati dei tonni pescati nelle acque italiane. La preparazione è fatta nella proporzione necessaria a contenere, per ogni centimetro cubo, 2000 unità internazionali di Vitamina A (fattore di crescenza) e 500 unità internazionali di Vitamina D (fattore antirachitico, calcio-fissatore). Essa quindi risponde alle indicazioni, in modo anche accentuato, del disgustoso olio di fegato di merluzzo, spavento ed incubo dei fanciulli. Ed al vantaggio del sapore per nulla nauseante, l'Adisole aggiunge quello di poter dare un'efficacia curativa corrispondente mediante la somministrazione di piccole quantità, e ciò a causa della sua alta concentrazione vitaminica: cucchiaini da caffè anzichè grossi cucchiai da zuppa.

I visitatori della Fiera si interessarono molto a questa nuova e pregiata conquista autarchica che svincola il nostro Paese dall'obbligo di acquistare l'olio di fegato di merluzzo.

In mezzo a tanto interessamento, però, più saliente e più ambito per la Farmitalia riuscì quello del Duce, il quale soffermatosi dinanzi alle vetrine dell'Adisole espresse il suo apprezzamento con le seguenti parole: « Prodotto veramente autarchico e non disgustoso ».

Azioni giudiziarie.

Un medico francese, divorziato dalla moglie, si vide intimare dal legale di questa, la consegna al notaio, che doveva compiere l'inventario dei beni in comune, di tutti i documenti attestanti i rapporti con i clienti e le somme percette, in modo da valutare l'entità degli introiti e la quota-parte da corrispondere alla ex-moglie. Il medico rifiutò, in ottemperanza alle norme sul segreto professionale medico. Offriva, invece, di esibire il libro-

giornale ove, per legge, sono segnati gl'introiti, ma senza indicare da chi corrisposti. Il Tribunale, la Corte d'Appello di Colmar e, infine, la Corte di cassazione, gli hanno dato ragione. La Corte d'appello ha affermato « il carattere d'ordine pubblico dell'obbligo al segreto professionale » e ha considerato come una violazione del segreto l'affidare i documenti al notaio, sebbene questi sia, a sua volta, tenuto al segreto. La Corte di cassazione ha rilevato che la confidenza del cliente verso il medico non può essere estesa d'ufficio ad altre persone, sconosciute dal cliente stesso e di cui egli non ha potuto prevedere l'intervento.

Nel 1932 una ragazza di Kiel dava alla luce un bambino; allo Stato civile ella dichiarò che il bambino era nato da padre ignoto; ma quattro anni più tardi ella designava come padre un funzionario presso cui era stata a servizio prima della nascita del bambino. La « Camera della tutela » invitò allora il funzionario a sovvenire alle spese di allevamento. Il funzionario — che si trovava in Africa, regione del Tanganikà — rifiutò; ma il Tribunale lo condannò a corrispondere la pensione stabilita. Il presunto padre chiese che si praticasse la prova del sangue: un medico prelevò parecchi campioni del suo sangue, ed essi furono inviati, per aereo, agli Istituti di medicina legale e sociale di Kiel e di Berlino. I responsi furono concordi: il prevenuto non può essere padre del bambino, perchè, egli appartiene al gruppo NN, mentre la madre e il bambino presentano il gruppo MM. Il Tribunale di Berlino, che aveva ammesso la prova del sangue, in base a tali responsi annullò la sentenza e condannò la parte attrice a sei mesi di prigione, per tentativo di scrocco.

Notizie sanitarie di guerra.

In Inghilterra il costo dei prodotti farmaceutici è molto aumentato durante gli ultimi mesi. Alcuni medicinali, come l'efedrina e la segala cornuta, che venivano dalla Spagna, dalla Cina e dalla Polonia, sono divenuti molto rari; altri, che venivano dalla Germania, dovranno ora essere fabbricati in Inghilterra: così l'atebrin.

In Inghilterra i farmacisti, per procurarsi lo zucchero necessario all'allestimento dei medicinali, devono farne richiesta all'Ufficio dell'alimentazione.

Per l'esercito inglese sono stati richiesti medici volontari, che abbiano meno di 35 anni e non meno di 6 mesi di pratica. Si accettano medici fino all'età di 50 anni.

In Francia lo stato di guerra ha dimostrato l'insufficienza numerica dei medici capaci di adempiere la funzione di anestetisti. Perciò il dott. Fredet, presidente della Società francese di anestesia e analgesia, ha fatto approvare dai colleghi un voto perchè sia organizzato, in Francia e nelle colonie, un insegnamento ufficiale di anestesia, affidato alle Facoltà mediche. È stato anche proposto che una « Commissione dell'anestesia nell'armata » studi l'azione dei vari anestetici sui soggetti gassati.

Il Sindacato dei medici della Senna ha stabilito di prendere in esame il problema delle facilitazioni concesse dal Ministro dell'E. N. ai giovani della classe 1939, per l'iscrizione nelle Università: si è prospettato il rischio che si ripetano le condizioni già avveratesi durante la precedente guerra, allorchè la professione medica venne ingombrata da inidonei.

Un po' dovunque.

Il Ministero dell'Interno aveva da tempo rilevato il grande danno che, dal punto di vista igienico, deriva dall'uso invalso di portare bambini lattanti nelle sale di pubblico spettacolo, specie nei cinematografi, ed aveva interessato le dipendenti autorità perchè fosse messo un freno a tale abitudine, mediante opportuna opera di persuasione.

Senonchè la persistente incoscienza di certi genitori ha ora costretto il Ministero a più energici provvedimenti per impedire l'inconveniente, che costituisce, tra l'altro, un contrasto stridente con le vigili cure del Regime nei riguardi della sanità della razza.

Il prof. N. H. Swellengreel, capo di laboratorio nell'Istituto d'Igiene tropicale presso l'Università di Amsterdam, ha compiuto un'inchiesta nelle Indie occidentali olandesi (Guiana), per accertare la possibilità pratica di stabilire colà delle colonie di ebrei. La missione dell'illustre tropicalista — la quale aveva per scopo uno dei più importanti problemi sociali dei nostri tempi — è durata sei mesi.

La « Gazzetta Ufficiale » del 17 nov., n. 267, portava, in 15 fitte pagine, i nomi delle specialità farmaceutiche registrate durante il primo semestre del 1939; i nuovi medicamenti raggiungono la cospicua cifra di 372, spesso con nomi strani e bizzarri.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 15 dicembre, sotto la presidenza del dott. Baroni. Venne commemorato il dott. Maresio, dal dott. Fabris; poi furono fatte comunicazioni dai soci Baroni, Bortolozzi, Opocher.

A Buenos Aires, nel Dispensario pubblico nazionale per le malattie dell'apparato digerente, presieduto dal prof. Carlos Bonorino Udaondo, si terranno, durante il 1940: un corso di proctologia pratica, limitato a 6 medici; un corso di radiologia delle vie biliari, limitato a 30 medici; una serie di 15 conferenze di aggiornamento e complemento.

Per accordi intervenuti tra l'Opera Nazionale Dopolavoro e la Confederazione fascista dei lavoratori dell'industria e con la prestazione del Sindacato fascista dei medici, dal 15 febbraio al 23 marzo si svolgono — con gli stessi criteri già seguiti l'anno passato — dei corsi di medicina del lavoro per i lavoratori, presso le sedi provinciali del Dopolavoro.

Ad iniziativa delle gerarchie bolognesi con a capo S. E. il Prefetto ed a cura della Federazione provinciale dell'Opera Maternità e Infanzia sorgerà fra breve a Bologna la nuova Casa della Madre e del Fanciullo. La costruzione costerà oltre un milione di lire. Alla costruenda casa verrà dato il nome della Principessa Maria Gabriella di Savoia.

Una clinica oncologica è stata eretta nel Canadà, presso il « Regina Grey Nuns Hospital », a

cura della « Saskatchewan Cancer Commission »; occupa un edificio a 4 piani; dispone di g. 2,5 di radium; è costata 150.000 dollari (incirca 3 milioni di lire italiane).

Il 10 nov. si è inaugurato a Rio de Janeiro un padiglione di neuro-chirurgia nell'Ospedale Centrale Militare per neuro-psichiatrici, ospedale capace di 300 posti (ivi).

A Messico città è stato eretto un nuovo istituto Behring dalla I. G. Farben; è diretto dal dott. Willy Schlüter.

A Rio de Janeiro esistono per l'assistenza gratuita, 13 ospedali, 2 ambulatori e 5 dispensari, che contano complessivamente 4143 letti; nel Distretto federale (stato di Rio de Janeiro) esistono altri 10 ospedali con 3915 letti (« Med. Contemp. », 10 dic. 1939).

La Società nazionale delle Ferrovie belghe ha donato al Servizio di sanità un treno-ambulanza.

In Grecia le farmacie considerate in eccesso verranno chiuse, per proporzionare il numero delle farmacie ai bisogni.

In Olanda la proporzione dei malati di mente è aumentata da 39 ogni 100.000 abitanti nel 1848 a 309 nel 1938.

In Germania il limite d'attività professionale per le levatrici è stato fissato a 70 anni.

In Lituania è segnalato un forte incremento del tracoma.

Su proposto della Lega medica svedese, i quotidiani di Oslo hanno deliberato di non accogliere più annunzi di empirici, cartomanti, indovini, ecc., rinunziando ai relativi guadagni.

Negli Stati Uniti il numero dei radiologi si è raddoppiato in 7 anni. Nel 1928 erano 2191, ossia 1 ogni 58.800 abitanti; la loro età media era di 49 anni. In 1011 ospedali i radiologi destinavano alla loro mansione parte del loro tempo; in 160 ospedali i radiologi erano « a tutto tempo ».

Sono ospiti dell'Argentina, come profughi dall'Italia, i proff. Herlitzka e Morpurgo di Torino, Foà di Milano, Lattes di Pavia.

Alla fine di gennaio, il presidente degli Stati Uniti Roosevelt ha compiuto 58 anni; in tale occasione ha ricevuto dalla « American Federation of Labour » una torta con 58 candele, ognuna delle quali avvolta in un foglio da cento dollari: offerta fatta alla Fondazione per la paralisi infantile, patrocinata dal Roosevelt.

I proff. Carlo Paz Soldán e Juan B. Lastres, di Lima, hanno fondato una Società peruviana di storia della medicina; si occuperà in specie della storia della medicina del Perù.

Il dott. G. Andreoni, direttore de « L'Italia Medica » e di « Sanatorio », preconizza un maggiore sviluppo di zone verdi e alberate nelle città. Prende ad esempio Milano, ove si calcola esista un solo albero ogni 50 cittadini stabili, e ogni 75 comprendendo la popolazione fluttuante: troppo pochi per l'azione depuratrice. Suggerisce di valersi degli alberi da frutta, che adempirebbero la duplice funzione di depurazione dell'aria e di apporto alimentare.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Haematol., XIII. — J. FREY. Azione del cicloesanon. — G. BOCCUZZI e R. GIACCHERO. Ricambio energetico ed emoglobinico. — ID. Nuovi indici di emolisi.

Riv. di Chir., lug.-ag. — A. DE VINCENTIIS. Azione degli anestetici locali sui tessuti. — A. TROJANELLO. Polipeptidemia e tumori.

Paris Méd., 4 ott. — G. ROUX. Escissione delle ferite di guerra. — P.-F. ARMAND-DELILLE. Profilassi del tifo esantematico negli eserciti in guerra.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 sett. — Cardiologia.

Arch. di Antrop. Crim. ecc., 3-4. — Atti del Congr. ital. di med. legale e delle assicuraz. (Genova, 15-16 apr. 1939-XVII).

Med. Klinik, 6 ott. — W. GILBERT. Le malattie oculari infettive al campo. — C. R. GRIEBEL. La tbc. del laringe.

Min. Med., 29 sett. — G. CAMERINI. Distrofia musc. progr. — V. VANNI. Calcioterapia delle elmintiasi.

Bull. d. Sc. Med., sett. — B. SCHIASSI. Gastroulcera. — A. DONAGGIO. Az. locale degli anestetici. — I. CUGNINI. Chemoter. di polmoniti e broncopolmoniti.

Wien. klin. Woch., 13 ott. — O. RAUPENSTRAUCH. Terapia adrenalinica dell'asma br. — W. BRAUDESKY. Trattam. della cistite.

Nutrition, 3. — Idrologia.

Münch. Med. Woch., 13 ott. — F. JAEGER. Gangrena gassosa. — E. SONS. Stasi nell'insufficienza destra.

Practitioner, ott. — Terapia.

Rass. Intern. Cl. e Ter., 15 ott. — R. AGUSTI e T. GELLI. Azione del mercurio nell'ipertiroidismo. — A. ELLERA. Linfogranulomatosi inguin. ben. trattata con preparati sulfamidici.

Med. Welt., 14 ott. — La febbre tifoide in guerra. — L. R. GROK. Patologia della regolaz. della circolaz.

Klin. Woch., 14 ott. — W. W. KÜHNAN. Az. dell'ac. nicotinico nel pellagroso e nel sano. — H. KNAUER e R. BORMANN. Esantema e malattie infettive del sistema nerv.

Deut. Med. Woch., 13 ott. — ARCHOFF, PROELL. Medicina di guerra.

Med. Klink., 13 ott. — G. SCHÖNE, H. BERNHARDT. Medicina di guerra. — H. REINWEAN. Azotemia extra-renale.

Min. Med., 6 ott. — D. CAVALLAZZI. Morti improvvise.

Wien Arch. Im. Med., 10 ott. — R. SINGER. Puntura sternale. — M. BOCK e al. Coagulabilità al calore del liquido c.-s. e suo significato diagnostico.

Rif. Med., 7 ott. — G. PENNETTI. Metabolismo dell'ac. ossalico e ghiandole sess.

Paris Méd., 7-14 ott. — Necrologio.

Proc. R. Soc. Med., sett. — Discuss.: Osteomielite del frontale; Radiologia dei tumori delle vie urin.; Radioterapia in urologia; Giudizio della capacità fisica. - Casistica.

Riv. It. di Ginec., sett. — M. LUISI. Il fibroma ovarico. — M. MACCIOTTA. Vitamina C nella placenta e nel sangue fetale.

Med. Klin., 29 sett. — F. PELS LEUSDEN. Trattam. delle fistole. — F. KLEWITZ. Trattam. non operativo delle tireotossicosi.

Rass. intern. Cl. Ter., 30 sett. — V. BUSCAIRO. Iodoterapia endovenosa e sottoaracnoidea.

Ann. Inst. Pasteur, ott. — V. CHORINE. Influenza degli anticoagulanti nel dosaggio degli elementi del sangue. — A. B. STAUB. Basi sintetiche antagoniste dell'istamina.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 24 sett. — A. DELL'AQUILA. Tramite da polvere di cemento.

Indice alfabetico per materie.

A. POZZI, resp.
C. FRUGONI, Red. capo

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 18 Marzo 1940-XVIII Num. 11

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

RILIEVI CLINICO-STATISTICI

Breve statistica di sifilomi iniziali.

(Luglio 1926 - Luglio 1939).

Prof. V. MONTESANO.

Pubblico una breve statistica di sifilomi iniziali, che mi è occorso di osservare nello spazio di tempo dal luglio 1926 al luglio 1939.

Si tratta di casi nei quali la diagnosi clinica non era dubbia oppure fu controllata dal reperto positivo del treponema, dalle siero-reazioni o, infine, dal successivo decorso della malattia.

Le notizie anamnestiche furono raccolte con ogni cura, specie quelle, quando fu possibile, sulla fonte del contagio e sulla probabile durata del periodo d'incubazione (indagine questa, sopratutto nelle donne, sempre assai difficile) e di esse fu tenuto conto solo quando presentavano un certo grado di verisimiglianza e di attendibilità.

La statistica, non numerosa, è necessariamente incompleta: con tutto questo mi è sembrato potesse prestarsi a qualche utile considerazione, atta a lumeggiare alcune peculiarità della infezione in questi ultimi anni.

Il numero totale dei sifilomi fu di 177: di questi 161 in uomini, 16 in donne.

Divisi per anno troviamo:

1926-1927:	30	uomini	1	donna
1927-1928:	11	»	3	»
1928-1929:	17	»	—	
1929-1930:	9	»	—	
1930-1931:	11	»	2	»
1931-1932:	17	»	—	
1932-1933:	12	»	4	»
1933-1934:	5	»	2	»
1934-1935:	10	»	—	
1935-1936:	13	»	—	
1936-1937:	13	»	2	»
1937-1938:	5	»	2	»
1938-1939:	8	»	—	

Degli uomini 94 risultavano *scapoli* o *vedovi*, 18 *ammogliati*, il resto incerti: delle donne 5 risultavano sicuramente *coniugate*, una era signorina di buona famiglia, le altre incerte.

Circa l'età, negli uomini il massimo fu riscontrato in un vecchio di 71 anni (*sifiloma prepuziale*), il minimo in un giovanetto di 16 anni (*sifiloma del frenulo*): nelle donne il massimo fu di 56 (*probabile sifilide coniugale*), il minimo 20. La donna di 56 anni (sul cui marito si riscontravano gli esiti di un sifiloma in vicinanza del frenulo) presentava altresì un tipico *sifiliderma papuloso*.

Per quanto riguarda le *professioni* furono accertati fra i portatori di sifiloma, negli *uomini*:

Impiegati 25 — Studenti 16 — Aviatori 14 — Negozianti e commercianti 10 — Possidenti 9 — Ufficiali di terra 6 — Ragionieri 5 — Ingegneri 5 — Avvocati 5 — Vinai ed osti 3 — Commessi 3 — Viaggiatori e rappresentanti di commercio 4 — Marittimi 2 — Agrimensori 2 — Elettricisti 2 — Ufficiale di vascello 1 — Sacerdote 1 — Professore 1 — Magistrato 1 — Pensionato 1 — Ferroviere 1 — Costruttore 1 — Industriale 1 — Intraprenditore 1 — Chiromante 1 — Musicante 1 — Camerieri 2 — Scrittore 1 — Meccanico 1 — Autista 1 — Giornalista 1 — Macellaio 1 — Agricoltore 1 — Industriale 1 — Fantino 1 — Portinaio 1.

Fra le donne: Signore di famiglia civile 9 — Donne di casa 4 — Signorina di famiglia civile 1 — Sarta 1 — Impiegata 1.

SEDE DEI SIFILOMI. I *sifilomi extragenitali* divisi per regioni furono:

Tonsille 3 — Labbro superiore 3 — Lingua 2 (di cui uno alla punta, l'altro marginale) — Perianale 2 — Labbro inferiore 1 — Gengive 1 — Sottomascellare 1 — Pube 1 — Regione anteriore della coscia 1. Totale 15 di cui 4 in donne: uno del labbro superiore con bubbone satellite sottomascellare sin., roseola; un secondo: sifiloma nodulo-ulcerato ipertrofico perianale e roseola (presentatasi dopo un mese circa); un terzo sul labbro superiore con panadenopatia e roseola confluente; un quarto sulla tonsilla sinistra, con adenopatia satellite latero-cervicale dello stesso lato.

A questi 15 sifilomi vanno aggiunti 2 *sifilomi endouretrali in soggetti di sesso maschile*.

FONTE DEL CONTAGIO. Fatte le dovute riserve nelle dichiarazioni dei malati, risulterebbe, per gli *uomini*, che in 46 casi l'infezione fu contratta in *case pubbliche*, in 71 con *donne private*: per gli altri la fonte rimase incerta.

Per *le donne*, 5 risultavano maritate e con qualche verisimiglianza l'infezione si deve considerare per tutte di origine coniugale.

In quanto ai *sifilomi extragenitali* per due soli casi, fra gli *uomini*, si può ritenere verisimile il contagio accidentale: un sifiloma della *regione sottomascellare* forse per infezione contratta a mezzo del barbiere, ed un altro delle *gengive* in cui non si potè escludere l'origine da cure dentarie.

Nei quattro *sifilomi extragenitali* osservati in *donne* (di cui 3 sul *labbro superiore*) solo nel quarto (*sifiloma della tonsilla*) si può ritenere come possibile il contagio accidentale extraparasessuale. Ricordo il caso da me pubblicato altrove, di una giovanetta con sifiloma tonsillare contratto con ogni probabilità per l'abitudine di mettere in bocca l'asta di una penna da scrivere della quale si serviva anche una sorella maggiore affetta da sifilide con manifestazioni secondarie delle labbra.

PERIODO D'INCUBAZIONE. Non mi è possibile, com'è ovvio, riferire qui cifre anche solo parzialmente, esatte.

In generale, là dove le dichiarazioni dei malati parvero degne di fede, il periodo intercorso fra l'epoca approssimativa del contagio e quella in cui si notarono le prime manifestazioni non si allontanava troppo da ciò che si suole ritenere la durata media della prima incubazione. In un solo caso l'infermo dichiarò di essersi accorto delle primissime manifestazioni alla distanza di un mese e mezzo circa dall'ultimo coito: in un altro sarebbero intercorsi invece soltanto dieci giorni. Nel complesso, rivedendo le mie schede, permane la nozione che la prima incubazione della sifilide si svolga in generale in un periodo di tempo notevolmente più lungo che non quello dell'ulcera molle: viene ribadito così un vecchio concetto già acquisito fin dai tempi in cui si cominciò a differenziare quest'ultima dall'accidente iniziale della sifilide, e che ancora oggi può rappresentare un buon criterio per distinguere l'una dall'altra infezione.

MOLTEPLICITÀ E VARIETÀ DEI SIFILOMI. L'unicità era, per i vecchi sifilografi, un carattere essenziale e quasi costante del sifiloma iniziale. Si è visto in seguito che ciò non è o, almeno, non costituisce un criterio differenziale di valore assoluto.

Nei casi da me osservati risultano 10 *sifilomi doppii*, 16 *sifilomi triplici*, 2 *sifilomi quadruplici*. A questo proposito desidero far notare che in tutti i casi da me osservati sia di sifiloma unico, sia di sifiloma molteplici, non ebbi mai a riscontrare la *contemporanea presenza di ulceri molli*, salvo in un caso nel quale si ebbe anche l'adenite venerea suppurata, e solo rare volte è nato il dubbio di essere in presenza di *ulceri così dette miste*, se con questa denominazione si devono intendere manifestazioni risultanti da un duplice contagio: quello dell'ulcera molle con incubazione più

rapida, quello della sifilide con incubazione più lenta. Va da sè che i caratteri di queste *ulceri miste* possono variare se il doppio contagio fu contemporaneo oppure se uno di essi si verificò in epoca diversa da quella dell'altro, il che naturalmente è possibile che avvenga.

In quanto alla *varietà clinica* dei sifilomi occorsi alla mia osservazione, la maggioranza erano a tipo erosivo oppure superficialmente ulceroso con le caratteristiche proprie di queste manifestazioni in cui il carattere neoformativo (granuloma) prevale in genere su quello distruttivo o necrotico, e che possono correttamente essere chiamate *nodulo-erosive, nodulo-ulcerose.*

In quattro casi osservai il *sifiloma nodoso* senza accenno di necrosi alla superficie, la quale però non si può dire se non sarebbe sopravvenuta più tardi e se non fosse stata iniziata la cura. In 10 casi osservai la varietà *ipertrofico-elefantiastica*, accompagnata un paio di volte da *fimosi infiammatoria*: in 16 *la varietà lenticolare* e *nana*, in 3 infine il sifiloma si presentò con le apparenze dell'« herpes »: in uno di questi si trattava sicuramente di herpes recidivante e si può quindi ammettere che la manifestazione erpetica abbia potuto rappresentare la porta d'ingresso dell'infezione specifica.

Sifilomi accompagnati da manifestazioni secondarie. In tutto 51 di cui 19 erano rappresentati dalla semplice *roseola*, 10 da *roseola* insieme con *manifestazioni mucose* e *psoriasi palmare*, con *sifiliderma papulo-squammoso incipiente, papulo pustoloso (acne sifilitica).*

In un caso, nel quale erano evidenti ben quattro vasti sifilomi del prepuzio e della cute del pene, si osservò un *sifiliderma nodulare* diffuso, con chiazze corimbiformi delle coscie e delle gambe, *sifiliderma papulo erosivo dello scroto* e *faringite specifica.* Nei rimanenti casi si osservò un *sifiliderma papulo-squammoso* con *psoriasi palmare*: un altro di *sifiliderma papulo squammoso* e *pustoloso (acne sifilitica)* con *faringite specifica* oltre a casi isolati di *condilomi piani erosi ed ulcerati perianali e vulvari*: *di placche mucose boccali*: di *sifiliderma papulo-pustoloso (acneiforme)* con « *corona Veneris* » *frontale* e *psoriasi palmare*, ecc.

In complesso prevalsero le forme *puramente secondarie* cioè a *tipo risolutivo* (roseola, placche mucose, condilomi piani, sifilidermi papulo-squammosi): pochi i casi di *sifilidermi con tendenza nodulare* e *necrobiotica* (acne sifilitica, sifilide pustolosa) ed eccezionali quelli con tendenza ad un *terziarismo precoce* (sifiliderma nodulare corimbiforme).

In un caso osservai *itterizia*: in un altro la *febbre* che cessò con l'inizio delle cure specifiche.

Considerazioni.

Le cifre da me raccolte sono troppo esigue per consentire rilievi statistici di una qualche attendibilità nè potrei ora dire se esse corrispondono a dati risultanti da osservazioni fatte su più vasta scala e con mezzi assai più larghi, quali non erano a mia disposizione.

In ogni modo sta di fatto che da un massimo di 31 sifilomi iniziali da me osservati nel primo anno (1926-1927) si passa più o meno rapidamente a cifre di molto più basse (7 nel 1937-38; 8 nel 1938-39) con qualche lieve rialzo intermedio (17 nel 1928-29; 17 nel 1931-1932).

Se questo andamento nella curva dell'espansione del contagio sifilitico risultante dalle mie cifre corrispondesse (così come io penso, pur non essendo in grado per il momento di dimostrarlo) a dati statistici molto più numerosi, riguardanti in special modo la *sifilide congenita*, che è l'indice più sicuro della maggiore o minore diffusione della lue, dovremmo pensare di trovarci ora in una di quelle fasi di remissione, alternantisi a periodi di ascesa, ai quali la storia della sifilide ci ha oramai abituati.

Di queste oscillazioni, che sono state paragonate a quelle di un pendolo, non ci è sempre dato di riconoscere le cause: non si può a meno peraltro di tener conto del fatto che da noi in questi ultimi anni l'organizzazione della lotta antivenerea è stata intensificata e disciplinata in misura appena paragonabile a quella di un paio di decenni addietro, con mezzi assai più larghi e razionalmente applicati; con la creazione di nuovi dispensarii e sale celtiche; con personale medico molto più numeroso e scelto per pubblico concorso, quindi con le maggiori garanzie di sicura competenza; con larghissima propaganda, infine in tutti quei modi che l'esperienza ha insegnato essere fino ad ora i più adatti nella lotta contro l'immane flagello sociale e che non potevano non avere un benefico influsso contro il suo dilagare.

Questi risultati, se così fosse, sarebbero tanto più notevoli in quanto il fatale incremento dell'urbanesimo, il quale caratterizza la ten-

denza sociale più accentuata in questi ultimi decenni (reso più intenso dai più rapidi mezzi di comunicazione, che hanno di tanto ravvicinata la campagna alle città) e la guerra in Africa orientale ed in Spagna rappresentano per contro condizioni atte a facilitare il diffondersi dell'infezione, ciò che invece, per quanto risulta dai miei dati, non è accaduto.

A confermare questo concetto sta altresì come ho già detto, il fatto di non aver mai osservato, salvo qualche rara eccezione, nei miei infermi, contemporaneamente al sifiloma, l'*ulcera molle pura*, la quale, presentandosi in generale sui genitali esterni, in esemplari multipli, dando spesso luogo all'adenite con esito in suppurazione ed essendo per solito alquanto dolorosa, può meno facilmente passare inosservata e suole quindi essere più agevolmente riconosciuta e combattuta nelle donne sottoposte a visita medica. La sua rarità quindi si può interpretare come l'effetto di una intensificata e più efficace profilassi.

Così pure può avere qualche importanza in proposito il fatto che un terzo soltanto dei portatori di sifilomi, nei quali, quando le loro dichiarazioni sembrarono veridiche (il sifilitico, mendace sempre, come dicevano gli antichi, lo è doppiamente in questo campo), si potè accertare la fonte del contagio, avrebbe contratto l'infezione in case pubbliche: per gli altri due terzi invece si trattava di donne private e probabilmente in condizioni di potere, più o meno, sfuggire ad ogni controllo sanitario: tutto ciò anche se si deve tener presente che le donne ospitate nelle case pubbliche sono di numero assai inferiore a quelle dedite alla prostituzione libera e quindi, di riflesso, meno numerosi gli uomini che frequentano quelle piuttosto che queste.

Non è il caso d'intrattenrsi a lungo sulle *professioni* o sui *mestieri* dei soggetti da me osservati, fra i quali prevalgono *impiegati, studenti ed aviatori* (rispett. 25, 16, 14) nè mancano *professionisti*, e persino un sacerdote ed un professore. Nessun ordine di persone dunque, fra le classi sociali meno umili o più elevate, può dirsi sfugga alla sifilide, e la cultura, l'educazione e la necessità del rispetto alle convenienze sociali, non rappresentano sempre una remora sufficiente per non esporsi a certi pericoli.

Lo stesso dicasi per l'*età dei pazienti*: dall'inesperto giovanetto di sedici anni al più che navigato vecchio settantenne, tutte l'età della vita sessuale, dall'inizio alla fine, vi sono rappresentate ed anche qui gli estremi si toccano: l'ingenuità non ancora scaltrita dell'uno si confonde con la vana esperienza dell'altro.

In quanto allo *stato di famiglia* non deve recar sorpresa se, tra gli uomini affetti da sifiloma, 94 fossero *scapoli* o *vedovi* contro 18 *ammogliati* ed i rimanenti incerti. Abbastanza notevole invece è, fra le donne, sulle 16 osservate, la cifra di 5 *coniugate*, vale a dire quasi un terzo, in cui era da supporre, come ho già detto, che il contagio fosse di origine maritale.

RILIEVI CLINICI.

Ho fatto già notare come il *periodo d'incubazione* del sifiloma (prima incubazione degli antichi) risulti dalle mie osservazioni essere su per giù contenuto nei limiti di tempo assegnati dall'esperienza dei vecchi sifilografi (cioè 3 o 4 settimane) salvo qualche scarto in meno (in un caso 10 giorni) o in più (un mese e mezzo), a cui però, sempre per le anzi dette ragioni del poco credito che si deve dare alle dichiarazioni degl'infermi, penso non sia da dar esoverchia importanza, se proprio non si vogliono considerare come eccezioni alla regola, che del resto erano già state osservate per l'addietro.

E così pure il *bubbone satellite*, che era stato considerato sempre come compagno immancabile della manifestazione iniziale della sifilide, non mancò mai nei miei malati, più o meno evidente ma con le caratteristiche abituali (nodi linfatici da un lato solo, ingrossati, duri lisci, più o meno mobili, indolenti) e fu non di rado, anche se qualche volta era appena dimostrabile, di aiuto alla diagnosi clinica del sifiloma.

Di maggior valore mi sembra il fatto della presenza di *manifestazioni secondarie*, in quei casi, si capisce, in cui dopo la comparsa del sifiloma non erano state ancora iniziate le cure specifiche, le quali, d'altronde, com'è risaputo, in un primo momento qualche volta ne stimolano l'insorgere o ne accentuano l'intensità.

È parimenti noto per altro che qualche tempo dopo l'avvento dei preparati di arsenobenzolo e, più recentemente, dei derivati del bismuto, ci fu un periodo nel quale sembrò che che le manifestazioni secondarie divenissero rare al punto da essere talvolta difficile per gli stessi insegnanti con ricco materiale clinico a propria disposizione il presentarne dei casi tipici ai loro allievi.

Svanita, purtroppo l'utopia della *terapia « sterilisans magna »*, malgrado l'uso e l'abuso delle cure precoci con i preparati salvarsanici per via endovenosa e malgrado anche un

certo numero di casi di reinfezione sifilitica pubblicati in quei primi anni, ma non tutti sufficientemente documentati, si pensò che il loro largo impiego avrebbe dovuto almeno, nella peggiore delle ipotesi, non solo attenuare la virulenza del germe nei malati sottoposti al trattamento in parola, ma diminuirne altresì l'aggressività quando fosse trasmesso ad individui sani.

Per la prima parte non so quanto i fatti abbiano corrisposto alle previsioni: in ogni caso è da tener presente che gli attuali mezzi d'indagine, oramai largamente in uso: siero-diagnosi, esame del « liquor » radioscopia, ecc. ci consentono in genere di sospettare e di diagnosticare la sifilide viscerale e nervosa e la metalue in un numero di casi assai maggiore di quel che non fosse possibile prima d'ora e viene perciò a mancare un termine di confronto rispetto alle epoche precedenti nelle quali i nuovi metodi in parola o non erano noti e non erano applicati così largamente come ora, per fortuna, è possibile di fare e si fa: l'origine o la natura sifilitica di tante malattie interne sfuggiva perciò al controllo clinico. Ciò, naturalmente, a prescindere dal terreno in cui il germe s'impianta e dalle altre condizioni che possono diminuire la resistenza del singolo malato: alcoolismo, per dirne qualcuna, sovraccarico di lavoro intellettuale, emozioni, malattie e tare preesistenti, ecc.: condizioni tutte le quali possono imprimere speciale gravità al decorso della sifilide e favorirne la localizzazione nei visceri e nel sistema nervoso.

Per la seconda parte, sull'attenuazione o modificazione in genere del virus sifilitico nella sua aggressività, le cifre da me raccolte parlano in senso contrario.

Anche se non si vuole attribuire i non pochi casi di *sifilomi multipli* da me osservati a germi particolarmente aggressivi, gli altri di *sifilomi ipertrofici* ed *elefantiastici*, e quelli accompagnati o seguìti da *manifestazioni secondarie* (dalla semplice roseola fino a qualche forma con tendenza maggiore o minore a fenomeni distruttivi e qualcuno persino con accenno ad un terziarismo precoce) mi paiono sufficienti per ammettere che la sifilide « grosso modo » conservi, almeno nelle sue prime fasi, quella fisionomia clinica, quell'andamento e quel decorso così come risultavano all'esperienza dei vecchi sifilografi, nei quali, proprio la mancanza dei nuovi mezzi d'indagine di cui ora noi possiamo valerci, doveva, per necessità di cose, raffinare lo spirito di osservazione clinica e indurli a fissare in quadri ben definiti, se pure talvolta un po' schematici, la *morfologia* della sifilide: quella morfologia che di poi fu qualche volta loro rimproverata e che non è poi se non la *sintomatologia*, base e fondamento della medicina obbiettiva e non aprioristica.

A questo punto potrei considerare esaurito il limitato compito che mi ero proposto nel pubblicare queste mie brevi note, le quali però m'inducono ad aggiungere qualche altra osservazione che non sembrerà del tutto fuori di proposito.

Anche i vecchi sifilografi, proprio coloro anzi di cui ho parlato poco più innanzi, conoscevano la lues viscerale e nervosa, compresa quella che si chiama ora *sifilide quaternaria* o *metalue*, sebbene di quest'ultima si avesse, nella generazione precedente alla nostra, una concezione patogenetica (*parasifilide*) un po' diversa dall'attuale.

Essi però avevano già osservato che queste forme si verificavano non di rado in quei casi in cui le manifestazioni secondarie cutanee e mucose, erano state scarse e poco evidenti. Per molti di essi anzi era norma quasi costante, anche quando la diagnosi del sifiloma non ammetteva dubbii di sorta, di non iniziare le cure specifiche prima che le manifestazioni stesse non fossero apparse.

E poichè a quell'epoca non era stata formulata ancora l'ipotesi di un doppio virus, *dermotropo* l'uno, *viscero-neurotropo* l'altro (ipotesi questa contro la quale, però, possono opporsi molti buoni argomenti), il concetto predominante era che la pelle rappresentasse, mi si passi l'espressione, una specie di valvola di sicurezza o meglio ancora un apparato di richiamo della malattia verso l'esterno, che ne impedisse o ne limitasse la deviazione verso l'interno.

Nell'insieme, salvo quanto di empirico e di nebuloso vi fosse in questa concezione, la quale però aveva il suo punto di partenza dalla osservazione clinica, si può ammettere che essa contenesse in sè i germi di ciò che con parola moderna si chiama *ectofilassi* o *dermofilassi*. Si può ammettere anche, perciò, che quei medici avessero già un'idea, se pur vaga e confusa, delle funzioni difensive della cute contro tante cause morbose e quindi anche contro la sifilide, funzioni che logicamente devono risvegliarsi ed esercitarsi, quando essa è invasa, nelle prime fasi della infezione generalizzata. Essi sapevano pure che il sifiloderma nodulo-ulcerante non si riproduce mai, salvo casi eccezionalmente maligni, nella propria cicatrice bensì alla periferia di essa, ed attribuivano questo suo carattere (che, fra pa-

rentesi, veniva utilizzato come criterio di diagnosi differenziale dalla tubercolosi cutanea) ad una *immunità locale*, provocata in sito dal virus sifilitico: concetto questo che forse potrebbe trovare una razionale spiegazione al lume delle moderne dottrine dermofilattiche.

È noto altresì che, secondo autorevoli sifilografi, la sifilide suole avere un più benigno decorso nei portatori di grandi dermatosi: quasi che le modificazioni indotte dalle dermatosi stesse nell'apparato cutaneo ne esaltino le proprietà difensive in genere e quindi anche quelle contro l'infezione specifica.

Se ciò è vero si può anche ammettere che le *frizioni mercuriali*, ancor oggi da qualcuno ritenute non solo un ottimo mezzo di cura antiluetica, ma anche un buon metodo di prevenzione contro la metalue, agiscano non solo per le proprietà specifiche del mercurio (il quale però attraverso la pelle sana si assorbe solo in parte ed il resto ne è invece assorbito per sublimazione del metallo e per successiva inalazione), ma anche per le modificazioni che esse apportano nei tessuti cutanei, le quali è presumibile ne mettano in azione i poteri immunizzanti.

Infine è risaputo che nelle nostre colonie africane, la sifilide cutanea assume imponenza e proporzioni addirittura sconosciute fra gli europei, e che in Africa orientale è costante sistema di non iniziare le cure se prima i fenomeni secondari non abbiano raggiunto il massimo del loro sviluppo; ma è noto pure che gl'indigeni non vanno quasi mai soggetti a metalue, mentre non ne va immune l'europeo (almeno per quel che è stato osservato in Libia ed in Cirenaica) quando viene contagiato da un indigena.

Quest'ultima constatazione è un argomento, mi pare, della massima importanza per escludere la distinzione che molti fanno, come si è veduto, fra un *virus dermotropo* da un *virus viscero-neurotropo* e non mi sembra sia spiegabile con la diversità del terreno, e con le diverse condizioni di vita, di abitudini, ecc. e nè anche con il fatto che gl'indigeni; mussulmani in molta parte, per prescrizione religiosa si astengono dalle bevande alcooliche, per quanto qualche autore riferisca invece che in lontani paesi ove l'alcool era sconosciuto, la sifilide che pure v'infieriva, cominciò a dar luogo a manifestazioni metaluetiche solo dopo che i colonizzatori vi ebbero introdotto l'uso delle bevande fermentate.

Comunque si sia, al concetto che, impedendo nei sifilitici di data recente, con gli attuali energici e precoci metodi di cura, l'insorgere di manifestazioni secondarie noi veniamo in ultima analisi a limitare od impedire l'azione protettiva ed immunizzante della pelle, si devono fare due obiezioni.

In primo luogo non è detto che innanzi all'invasione del *treponema* la pelle non reagisca con fenomeni obbiettivi rilevabili solo con l'esame istologico, i quali rientrerebbero fra quella *criptodermatosi* o *dermatosi invisibili* di cui si è detto parecchio in questi ultimi anni e di cui io stesso mi sono altrove occupato (1). Reazioni cutanee, clinicamente non evidenti ma messe in luce con la ricerca microscopica, sono state osservate anche in diverse malattie interne: sarebbe dunque strano che ciò non dovesse verificarsi nella sifilide in cui i fenomeni secondarii della cute e delle mucose visibili sono la norma. Del resto alterazioni istologiche erano state già dimostrate in sifilitici nei quali sifilidermi del periodo secondario si erano già avuti e si erano poi, almeno dal punto di vista clinico, completamente risolti e lo stesso può dirsi per il *leucoderma sifilitico del collo* (considerato da qualche A. come una *neurosifilide*) nel quale l'alterazione pigmentaria è probabile possa insorgere anche se antecedentemente nella regione affetta non vi erano state manifestazioni cliniche vere e proprie (*roseola*) ed altrettanto, mi pare, può darsi che avvenga per quei sifilidermi (*gomme*) che si vedono talvolta insorgere nei sifilitici in seguito a trauma su cute apparentemente sana: esponenti l'uno e gli altri di alterazioni anatomiche latenti nella pelle normale all'apparenza.

Se così è, nulla vieta di ritenere che anche queste minime reazioni (minime in quanto rivelabili a noi solo con l'esame istologico) non siano capaci esse pure di stimolare e mettere in azione i poteri difensivi della pelle, a meno che non si voglia far quistioni di grado ed ammettere che ad una più manifesta reazione cutanea corrisponda un più elevato potere protettivo ed immunizzante. D'altra parte se negli indigeni delle nostre colonie africane è dimostrata una refrattarietà quasi assoluta per le affezioni nervose metaluetiche, mancano ancora, per quanto io mi sappia, dati precisi riferentisi alla sifilide viscerale tardiva vera e propria (cuore, vasi, fegato, reni, cervello) e l'argomento quindi perde alquanto del suo valore.

In secondo luogo se realmente alle manifestazioni esterne si dovesse attribuire la capaci-

---

(1) *L'Attualità medica*. Anno I, num. 2, 1936, XV e. f.

tà di risvegliare e rinforzare i poteri difensivi della cute, ne verrebbe di conseguenza che, al pari di molti fra i vecchi sifilografi e secondo i metodi ancora oggi in uso fra popolazioni barbariche, dovremmo astenerci da ogni intervento di terapia specifica prima della comparsa e della evoluzione delle manifestazioni stesse.

A questo, che ha molto del paradosso, non mi sento davvero l'animo di sottoscrivere sia per il pericolo che può derivarne dal lato profilattico, sia perchè è sempre da dimostrare quanto le cure intense e precoci che sono ora di uso comune influiscano (1) sulla possibile deviazione del germe verso i visceri ed il s. n. e quindi sul futuro destino dei malati e ciò è ancora prematuro e non potrà farsi se non sulla base di assai numerose osservazioni ed in soggetti seguiti sin dall'epoca della infezione per lunghi e lunghi anni successivi.

La sola cosa che si può dire ora con qualche fondameto di verità è di non rinunziare completamente a vecchi metodi di cura come le *frizioni mercuriali*, le quali hanno a loro favore oltre l'esperienza di secoli, che ci consente di attribuire al mercurio proprietà antiluetiche di prim'ordine, anche la capacità di agire attraverso l'epidermide, di cui è nota l'affinità embriologica e funzionale con il sistema nervoso (non si è affermato recentemente che la cute è il cervello periferico?) e con un meccanismo atto forse a stimolare e ad esaltare i poteri immunizzanti dell'apparato cutaneo in generale.

RIASSUNTO.

L'A. espone una breve statistica di sifilomi iniziali da lui osservati durante gli ultimi tredici anni. Dalle storie cliniche dei malati e dai caratteri delle manifestazioni obbiettive, è indotto a ritenere che l'avvento dei nuovi preparati antiluetici (arsenobenzoli, bismuto) non abbia fino ad ora fatto cambiare di molto la fisionomia clinica dell'infezione ed il decorso attraverso le sue prime fasi, consacrati dall'esperienza dei vecchi sifilografi.

Aggiunge infine qualche considerazione, in base a cui non sembra consigliabile, per il momento almeno, mutare gli schemi terapeutici che sono ora maggiormente in uso, ma sostiene l'opportunità di non abbandonare le frizioni mercuriali, le quali è presumibile, oltre all'azione specifica del mercurio contro la lue, agiscano anche risvegliando ed esaltando i poteri difensivi della cute.

(1) Non è mancata qualche voce a richiamare l'attenzione sul pericolo che i composti di arsenobenzolo per la loro spiccata azione vasodilatatrice possano, se usati in alte dosi, a lungo andare nuocere all'integrità dei vasi sanguigni e renderli così più facile preda dell'infezione sifilitica la quale, come è di nozione comune, predilige appunto questi organi e fu anzi per questo chiamata anche la *malattia dei vasi*.

Ricerche cliniche e sperimentali (CIAMBELLOTTI, MONTANARO) farebbero peraltro escludere l'azione nociva degli arseno-benzoli in sè ed in dosi non letali, sul sistema circolatorio ed anche su quello emopoietico (*agranulocitosi*) quando l'uno e l''altro non siano precedentemene lesi o in preda a labilità congenita (Atti della Soc. It. di Dermatologia e Sifilografia. XXX Riunione. V. pure BOSCO e BERNA. ibid.).

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVICO DI TREVI

Considerazioni sopra un caso di ulcera callosa e terebrante del digiuno.

Dott. FABIANO BENEDETTI-VALENTINI
chirurgo primario dell'Osped. Civ. di Spoleto.

Non è per ostentare il successo ottenuto nella esecuzione di una resezione gastro-digiuno colica che dovetti praticare di necessità in una donna settantenne in condizioni generali e locali particolarmente sfavorevoli, che io mi sono deciso a riferire questo caso clinico da me osservato, lungamente seguito e fatto oggetto di non lievi fatiche nel piccolo ma ben fornito ospedale di Trevi, dalla carità dei benefattori e dalla solerzia degli amministratori recentemente restituito a maggiore decoro.

I progressi della moderna chirurgia addominale in genere e di quella gastrica in ispecie, sono tali, che la terapia chirurgica dell'ulcera, non solo nelle mani dei grandi maestri ma anche in quelle dei modesti pratici, che esplicano, come me, la loro attività nelle città di provincia, ottiene, mediante la esecuzione sistematica della resezione piloro-gastrica, i più brillanti successi. La mortalità segnalata oggi per questi interventi non supera in genere il 5 %, ma scende talora e non poco anche sotto questa cifra; e vi è stato perfino qualche fortunato autore che ha potuto pubblicare serie di oltre cento resezioni non macchiata da alcun decesso.

Anche i più complessi atti della chirurgia gastrica di esecuzione non corrente, quali la resezione totale dello stomaco, la resezione del cardias, la demolizione più o meno estesa dello stomaco associata a quella di un tratto del digiuno o del colon o di entrambi questi vi-

sceri, vengono sempre più spesso dai chirurghi eseguiti con mirabile perizia e sono coronati da esiti brillanti.

Aggiungere pertanto ancora un caso ai tanti che si sono e si vanno man mano pubblicando sarebbe voler aumentare con una goccia il volume dell'oceano. Però il caso clinico che io presento è certo nel suo insieme assai interessante: anzitutto per le numerose vicende chirurgiche vissute da una cronica gastropaziente, che per circa quarant'anni della sua esistenza è andata peregrinando nei vari ospedali e ospedaletti della maggior vallata dell'Umbria e si è sottoposta con coraggio e con fede, purtroppo non sempre giustificati, a numerosi e non sempre utili interventi pur di poter ricuperare la sua perduta salute; secondariamente per qualche peculiare carattere offerto dalle lesioni anatomiche osservate; e da ultimo anche per il modo con cui si è potuto tecnicamente risolvere qualche difficoltà nell'attuare la terapia degli esiti del primo e più importante atto operativo da me praticato in questa donna.

R. A. di a. 69 da Collelungo di Foligno entra in Ospedale il 18 maggio 1937 con diagnosi di ulcera callosa del digiuno e stenosi conclamata del neopiloro. I genitori si sono spenti in tardissima età senza patire alcuna malattia; uno di essi ha toccato i 103 anni!... Una sorella è morta per epilessia, un fratello per grave traumatismo da caduta da cavallo, ed un altro, che era affetto da varici, è finito a 75 anni.

Nata a termine ed allevata al seno materno, ha mestruato a 15 anni ed ha visto la menopausa a 45 anni. Sposata a 19 anni con uomo apparentemente sano, ha generato una sola figlia tuttora vivente e florida.

Non ricorda i comuni esantemi della infanzia, nè di aver patito infermità degne di nota nella adolescenza e nella prima giovinezza.

Nel 1897, ossia nel 29° anno di età, soffrì di flogosi essudativa dell'addome ad andamento lento e poco clamoroso che fu diagnosticata come peritonite tubercolare e, quale forma ascitica, trattata con laparatomia nel civico ospedale di Foligno per mano del compianto dott. Agostinelli. La importanza degli esiti di tale affezione sarà posta in rilievo quando si parlerà delle condizioni anatomiche del peritoneo e visceri contenuti, durante l'intervento riscontrate.

La recuperata salute sorrise pienamente alla giovane donna per un solo anno.

Dal 1889 al 1903 fu lungamente e periodicamente molestata da sofferenze gastriche caratterizzate da dolori in stretto rapporto coi pasti, acidità e fame, che culminarono sullo scorcio del quarto anno con senso di replezione e con vomiti sempre più frequenti e copiosi, per cui lo stato di nutrizione subì in pochi mesi un profondissimo decadimento che la indusse a ricorrere all'opera del chirurgo.

Nel civico ospedale di Spoleto le fu allora per opera del chiarissimo prof. U. Rossi che giustamente godeva fama di ottimo chirurgo in tutta la regione, praticata una gastro-enterostomia che restituì pienamente e in breve tempo alla malata la perduta salute, di cui godette poi lungamente fino al 48° anno di età.

Nel 1916 e 17 la P. fu nuovamente molestata da turbe gastriche simili a quelle patite diciassette anni prima e che avevano fatto capo alla stenosi serrata del piloro.

Quale motivo abbia indotto questa donna, la quale, per quanto a me consta, non è nemmeno priva di buon senso, dopo essersi già tanto giovata dell'opera del suo chirurgo a porsi nelle mani di un altro prefessionista non si arriva bene a comprendere.

Il fatto è che nel 1917 ossia all'età di cinquant'anni subì nel civico ospedale di Foligno una nuova laparotomia epigastrica e non si sa bene quale operazione sui visceri. Il beneficio derivato da tale intervento fu in ogni modo, a quanto riferisce la P., del tutto aleatorio.

Dopo aver per altri due anni patiti i ben noti dolori, ansiosa di liberarsi dalla sua malattia e attratta d'altra parte dalla meravigliosa popolarità di un sanitario che operava allora non poco nel piccolo e disadorno ospedale di Spello, si distese ancora l'anno 1919 su quel tavolo operatorio e le fu praticata sulla non vecchia cicatrice epigastrica una rilaparotomia dalla quale non risentì alcuna modificazione nel suo stato fisico.

Finì questa povera donna per credere, dopo tali prove, secondo lei decisive, che l'arte fosse del tutto impotente a guarire la tenace sua infermità; e cercò da allora in poi di emendare le sofferenze che periodicamente si ripresentavano in forma più o meno grave, con l'adozione dei regimi e l'uso dei farmaci che le venivano a volta a volta suggeriti e prescritti dai vari medici della zona.

Quando nell'anno 1931 io ebbi occasione di visitarla in Foligno in un mio privato gabinetto, la P. toccava i 63 anni. Ella richiamò la mia attenzione oltre che sui disturbi, assolutamente tipici per una affezione gastrica, anche sulla apparizione, a suo dire recente, di una tumefazione occupante la metà sinistra della regione ombelicale.

Lo stato di nutrizione era notevolmente decaduto, permanendo peraltro normale il colorito bruno roseo della cute e rosso delle mucose visibili, la lingua era leggermente patinata e umida, il polso, normale come frequenza e ritmo, era piccolo e molle; l'appetito conservato, l'alvo fortemente stittico, normale la diuresi, le urine sommariamente saggiate si dimostrarono prive di elementi patologici.

Nulla si notava di abnorme a carico degli organi endotoracici ivi compreso il cuore, i cui toni, per quanto deboli e un po' lontani per modico enfisema del polmone, non erano accompagnati da rumori patologici.

L'addome era pianeggiante con cicatrice ombelicale introflessa, e segnato, al disopra e al disotto di questa, lungo la linea mediana, da due cicatrici quasi lineari e bianche, testimoni dei pregressi interventi. La metà sinistra della regione ombelicale appariva leggermente in rilievo per la presenza di una tumefazione, la cui massima emergenza si poteva riferire a un punto situato tre dita trasverse all'esterno ed un dito al disotto dell'ombelico. Nessuna manifesta modificazione topografica veniva ad essa apportata dagli atti della respirazione ai quali partecipava

uniformemente l'addome in tutti i suoi quadranti. La palpazione, oltre che confermare i dati evidenti alla ispezione, faceva certi che detta tumefazione, la cui grandezza, impossibile a precisarsi, in quanto sembrava perdersi nella profondità dell'addome non completamente trattabile, poteva essere comparata a quella di mezzo limone a grande asse obliquo dall'alto al basso e dall'esterno all'interno, avea limiti poco distinti, consistenza dura e sembrava far corpo con le carni del muscolo retto anteriore la cui contrazione valeva d'altra parte a farla completamente scomparire. Le manovre palpatorie riuscivano quivi alla P. appena moleste; esse non svelavano d'altra parte punti dolorosi nel resto dell'addome. La percussione, che dava suono normalmente timpanico su tutto l'ambito, in questa regione riusciva ottusa. Essa escludeva peraltro presenza di versamento libero nella cavità addominale. Nulla di notevole a carico degli organi ipocondriaci e specialmente del fegato la cui aia di ottusità non sembrava nè abbassata nè ingrandita. Negativa la esplorazione vaginale e rettale. Negativo rimaneva infine l'esame sommario di tutti gli altri organi ed apparati.

Il peso della malata che abitualmente oscillava, a suo dire, intorno ai sessanta chili, si era in questa epoca abbassato a cinquantatrè.

Questo fatto, unito alla sicura constatazione della presenza di una tumefazione endo addominale solidale alla parete del ventre, tumefazione la cui insorgenza non sarebbe stata, secondo la P., molto lontana, mi fece rimanere, anche in considerazione della più che matura età della mia cliente, alquanto perplesso circa la natura della malattia; per quanto tutta la storia clinica, le attuali sofferenze, l'ottimo stato di sanguificazione e la conservazione dell'appetito parlassero nettamente a favore di una affezione benigna dello stomaco e verosimilmente per una ulcera callosa del neopiloro. Consigliai in ogni modo un esame radiologico per l'accertamento e prescrissi come gli altri medici, un regime ed una terapia alcalina, anche a fine di tergiversare, per aver così tempo di guardare in faccia il mio avversario.

Se non che questo si rese latitante per ben sei anni. In tale lasso di tempo ben poco io seppi, e sempre indirettamente attraverso notizie fornitemi da qualche collega, delle condizioni di salute di questa cronica gastropaziente, le quali sembravano permanere tuttavia precarie.

Quando nel maggio 1937 questa povera donna, dopo aver sollecitato ripetutamente i Colleghi di Trevi, nel cui territorio viveva, ad usare i loro buoni uffici presso di me, perchè volessi con i mezzi dell'arte emendare il suo triste stato di salute, qualunque fosse per essere il risultato dell'intervento chirurgico, fatti nuovi e importantissimi erano intervenuti ad aggravare le sue condizioni. La P. raccontava che negli ultimi due anni l'appetito che l'aveva prima sempre assistita, era venuto man mano diminuendo sì che ella poteva prendere pochissimo cibo: l'alvo si era reso esageratamente stittico e le feci emesse avevano assunto la forma di piccole e dure palline come scibale di capra. Nell'ultimo mese poi vomiti da prima rari e copiosi in cui venivano ritrovati i cibi dei giorni antecedenti, e poi sempre più ravvicinati aveano ridotto la P. in uno stato di vera e propria inanizione, per modo che il peso del suo corpo toccava appena i 33 chilogrammi (sic!...).

Lo « status praesens » di questa donna, che quasi settantenne era non di meno decisa ad entrare per la quinta volta in quella sala operatoria da cui tante delusioni avea pure sortito e che io non potetti esimermi dal riprendere in cura, se si eccettui questa specie di essicazione profondissima dei tessuti, da evidente inanizione, presentava ben poco di nuovo rispetto a quanto si era rilevato nell'esame che fu accuratamente praticato sei anni prima. Più evidente appariva sulla scarna parete addominale la tumefazione che già conosciamo, mantenendo sempre i suoi caratteri di fissità e di scarsa dolenzia. Nessuna modificazione a carico del fegato. Un po' più pallide apparivano la cute e le mucose visibili; assai più secca e sollevabile in più larghe pliche la pelle, che, quasi pergamenacea, stentava a ridistendersi quando veniva pinzata. La frequenza del polso era un po' aumentata (90). La pressione massima segnalata dall'oscillometro di Pachon era di 92°. Le urine non dimostravano elementi anormali all'esame chimico e microscopico.

Il fatto stesso che la paziente, per quanto in condizioni misere di nutrizione, era ciò non di meno viva a distanza di 6 anni dalla mia precedente visita, costituiva un elemento più che sufficiente a fugare il dubbio di allora circa la natura della tumefazione. Non era quindi azzardato anche senza l'ausilio di altre ricerche, porre diagnosi certa di ulcera peptica callosa e terebrante e tumoriforme del digiuno con stenosi serrata del neopiloro e stenosi del colon.

Alcuni giorni di permanenza in ospedale per provvedere adeguatamente alla preparazione di questa P. che voleva ad ogni costo affrontare, e per mia mano, l'operazione, occuparono tutto lo zelo e l'amore del personale sanitario assistente e servente, ma non valsero gran che ai fini di rialzare le possibilità di questo organismo che pur veniva di continuo irrorato per via rettale ed ipodermica con soluzioni glucosate ed alcaline, e stimolato con cardiotonici, preparati di ghiandola surrenale ed altri medicamenti.

Persistendo ostinato il vomito, che sembrava frustare l'effetto di ogni provvidenza terapeutica, si dovete necessariamente accelerare l'intervento chirurgico.

Operazione (F. Benedetti-Valentini). Anestesia regionale con soluzione novocainica al 0,50 % = = + + +. Laparotomia paramediana S. epimesogastrica. Si entra a fatica nella cavità peritoneale essendo essa totalmente abolita per adesione massiva dei vari visceri fra di loro e di essi alla parete. Riconosciuto tuttavia il bordo della grande e piccola ala del fegato, il colon trasverso e da ultimo lo stomaco, si rendono a poco a poco, e specialmente verso la zona ove questi due ultimi visceri sembrano convenire per prendere parte alla formazione della già nota massa tumorisimile, quanto più si può liberi i vari organi. Man mano però che ci si avvicina a detta massa che, come si era da tempo rilevato all'esame obbiettivo, è largamente e profondamente fusa con la parete anteriore dell'addome, la dissezione diventa sempre più difficile e poi addirittura impossibile per cui si rinuncia alla liberazione metodica della anastomosi dal mesocolon e dallo stesso colon, perchè si constata che parete addominale, stomaco, digiuno e colon trasverso sono tutti profondamente interessati dalla lesione e fusi in una massa callosa che conviene asportare in blocco resecando una porzione

*

di tutti e quattro gli elementi anatomici che la costituiscono. La resezione della parete addominale è approfondita fino alle carni del retto anteriore sopra un diametro di quattro o cinque centimetri. Lo stomaco è interessato in corrispondenza della grande curvatura quanto meno ampiamente è possibile, ed immediatamente restaurato con duplice piano di sutura, non stimandosi utile, nel caso speciale, procedere alla resezione piloro-gastrica. Ne risulta uno stomaco nettamente clepsidrato. Il colon trasverso è il terzo organo che viene resecato, e, per quanto si cerchi di tenersi vicino alla massa callosa, se ne perde non meno di 8 o 10 cm. Si rende in tal modo accessibile l'ansa digiunale anastomotica, fortunatamente lunga, che viene liberata dalle aderenze ed interrotta a monte e a valle della tumefazione per circa 20 centimetri. Attuato così il distacco e la rimozione di questa massa tumorisimile si procede al ripristino della continuità del digiuno con anastomosi termino-terminale, e si mette in comunicazione il loculo superiore della clepsidra gastrica con l'ansa digiunale un poco a valle della sutura circolare poc'anzi eseguita. Anche la continuità del colon è ripristinata termino-terminalmente con duplice piano di sutura espletato con la massima cura e poi soppannato con frange omentali. Fissata con alcuni punti la breccia del cicatriziale mesocolon allo stomaco al disopra dell'anastomosi gastroenterica si procede alla sistemazione della parete, che viene chiusa totalmente e metodicamente e a strati dopo aver praticato poco al disotto e all'esterno dell'ombelico un taglio obliquo di circa 8 cm. per interrompere a tutto spessore la continuità di essa ove era stata in parte resecata insieme alla massa callosa. Attraverso detto taglio è posto un piccolo drenaggio che pesca nella parte accessibile della cavità peritoneale e si avvicina alla sede della sutura del colon senza peraltro prendervi contatto.

Reperto anatomico. — Organi dell'alto e medio addome largamente e tenacemente aderenti fra loro e al peritoneo parietale per esiti di peritonite di vecchia data e per ripetuti traumatismi. Le aderenze sono meno estese ma non meno serrate nella parte più declive del ventre. Nulla di importante a carico del fegato che presenta solo una periepatite massiva e un forte ispessimento della capsula, ed è nella porzione accessibile leggermente ed uniformemente aumentato di consistenza; nulla a carico della cistifellea, se si eccettua un processo di pericolecistite adesiva di vecchia data. Il punto più basso dello stomaco presso la grande curvatura, all'unione del terzo aborale coi due terzi orali, il colon trasverso a metà circa della sua lunghezza, ed il digiuno in un punto situato a 20 cm. dal ligamento di Treitz convengono e contribuiscono largamente alla formazione di una massa tumoriforme, callosa ed edematosa che interessa per notevole estensione e profondità anche la parete addominale fino alle carni del muscolo retto anteriore poco al disotto e all'esterno della cicatrice ombelicale. Si riesce appena a scorgere le condizioni del piloro e del duodeno strettamente aderenti alla cistifellea, al fegato, all'angolo epatico del colon.

Il pezzo anatomico asportato e convenientemente preparato dimostra una piccola ulcerazione ovoide callosa posta sulla emicirconferenza anteriore dello stoma gastro-digiunale, imbutiforme, profonda, il cui tramite si spinge nella compagine della parete del colon e si perde poi nello spessore dei tessuti parietali per la profondità di 8 o 10 mm. provocando nelle carni del muscolo retto una intensa reazione flogistica e cicatriziale. Si nota anche ispessimento, trasformazione fibrosa e retrazione del mesocolon trasverso. La stenosi dello stoma gastro-digiunale è serrata talchè vi si può impegnare appena la punta del mignolo; anche il lume del colon è ridotto notevolmente in corrispondenza della callosità per modo che vi si impegna a stento la punta dell'indice. Non esistono rapporti di continuità fra la cavità dello stomaco e il lume del digiuno col lume dell'intestino grosso.

Al taglio il fondo infiltrato dell'ulcera è duro fibroso e di colorito bianco rossastro. Le ghiandole linfatiche della regione non dimostrano evidenti alterazioni.

L'esame istologico praticato nel R. Istituto di Anatomia ed Istologia Patologica dell'Università di Perugia diretto dal Chiarissimo prof. Chiovenda, confermò la diagnosi clinicamente posta: di ulcera cronica semplice, ed escluse qualsiasi alterazione di tipo neoplastico.

La P., dopo alcune ore di depressione, riprese rapidamente il suo equilibrio, tanto che l'indomani riposava semi-assisa sul suo letto, con un aspetto veramente confortante; e le condizioni generali in terza e in quarta giornata potevano ben dirsi ottime perchè l'operata già assumeva bevande e cibi liquidi a suo piacere, mai molestata nè da vomito nè da singhiozzo. Il polso diventava sempre meno frequente e più pieno è lo stato di idratazione dei tessuti ogni giorno migliore.

L'esito dell'intervento che aveva smentito ad oltranza le mie pessimistiche previsioni, fu però turbato da una successione morbosa non poco spiacevole che portò assai per le lunghe la completa guarigione della inferma, e mise a dura prova la mia tenacia.

Due giorni dopo la rimozione del tamponamento, che avvenne quarantott'ore dopo l'intervento, apparvero materie fecali in corrispondenza della ferita, dalla quale fluirono nei giorni successivi sempre più abbondanti. L'esame locale mi fece certo che la sutura colica per la sua quasi totalità avea subito deiscenza consentendo l'allontanamento dei due capi intestinali i quali, beanti, esponevano ampiamente il loro rivestimento mucoso.

Tentativi per incanalare la corrente delle feci dall'uno all'altro capo, fatti con grossi e morbidi tubi di gomma, per sostituire provvisoriamente la parte mancante del colon e dar agio ai tessuti superficiali di colmare l'ampia breccia, non approdarono a nulla perchè la protesi non era a lungo sopportata dalla inferma. Per cui si dovette desistere dal ricorrere a tale e simili espedienti e lasciar quieta la paziente, che del resto, già tornata in famiglia, andava ogni giorno guadagnando nelle sue condizioni generali, tanto che dopo circa due mesi appariva ben nutrita, ben sanguificata, con polso validissimo e il suo peso toccava i 55 chilogrammi (sic!...).

Si trattava ora di chiudere questo ano artificiale trasverso colico perchè la P. incoraggiata dal felice esito della operazione, essendosi riattaccata con gioia alla vita, voleva assolutamente togliersi dalle condizioni di inferiorità fisica in cui era stata posta da questo spiacevole esito che avea menomato non poco il grande pregio del salutare intervento.

Mandai le cose per le lunghe, ma infine, dopo

quasi otto mesi, cedendo alle insistenti pressioni della cliente mi decisi ad intraprendere la cura con questo preciso programma: di derivare in primo tempo le feci con un ano cecale e riparare poi la interruzione del colon liberandone i capi dalle ben conosciute vecchie aderenze e dalle nuove, per eseguire il meglio possibile una nuova anastomosi termino-terminale.

Dimostrandosi l'ano cecale adeguato allo scopo, dopo 22 giorni si procedette alla operazione radicale intesa a sanare l'ano trasverso il quale non appariva più lordato da materiale immondo.

Operazione (F. B. V.). 11 febbraio 1938. Rachianestesia novocainica 0,10 = +++ un po' chocchizzante.

Incisione losangica a grande asse trasversale

A.

B.

C.

D.

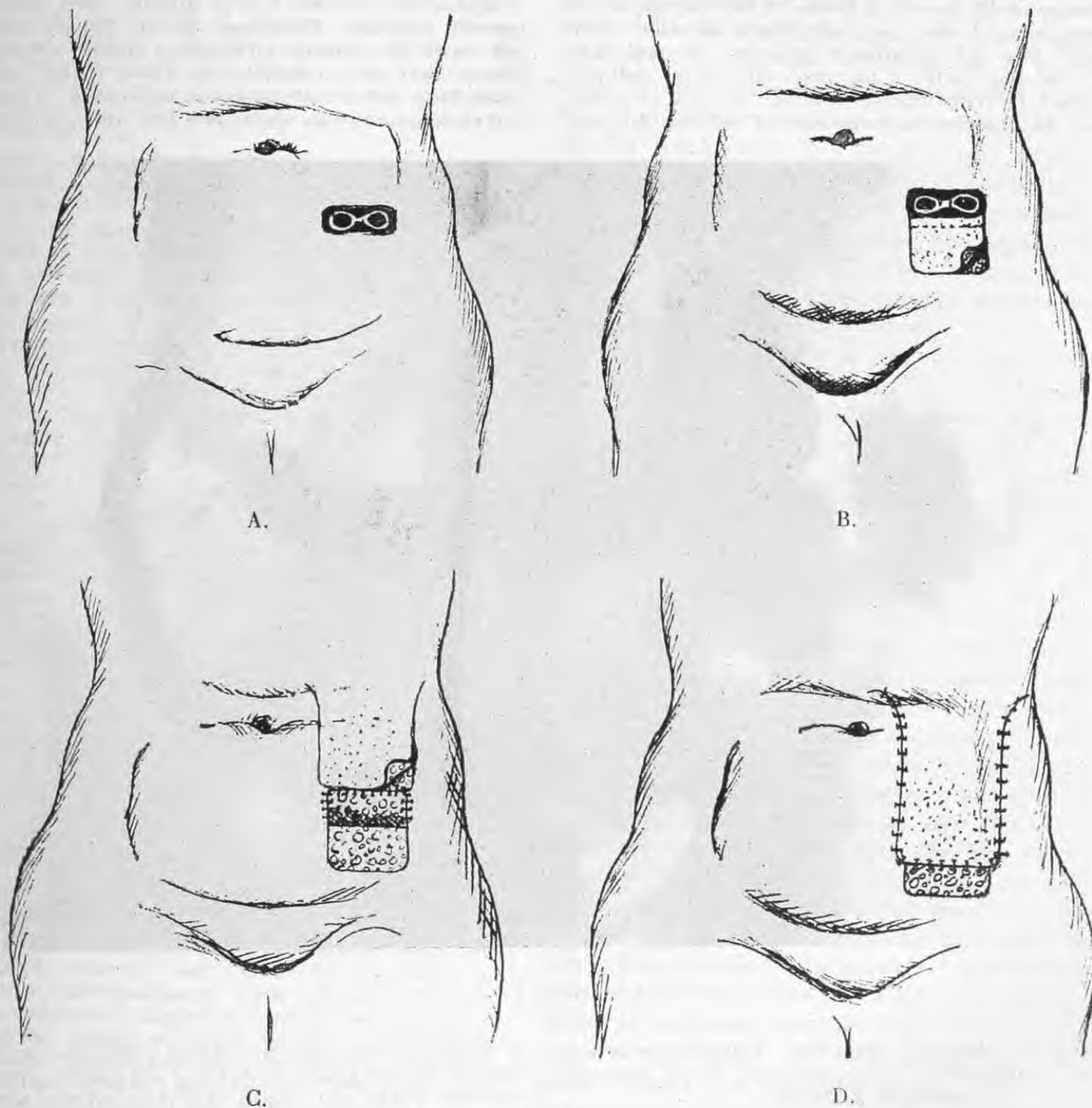



FIG. 1.

Operazione (F. B. V.). 25 gennaio 1938. Anestesia novocainica.

I. Incisione sul quadrante inf. d. dell'addome obliqua dall'alto al basso e dall'esterno all'interno con punto medio a livello della spina iliaca ant. superiore ed un pollice trasverso all'interno di essa interessando la parete a tutto spessore al modo di Roux. Esteriorizzazione parziale del cieco e fissazione di esso al peritoneo parietale con una corona di punti.

II. 29 gennaio 1938. Incisione ampia della parete ant. del cieco per derivare completamente e durevolmente le feci.

circondante lo spazio ovoide ove appaiono i due orifici intestinali simili alle bocche di una doppietta. Interessando cautamente i vari strati della parete in gran parte trasformati in tessuto cicatriziale, si accede a fatica al peritoneo e si liberano a poco a poco i due capi del colon dalle tenaci aderenze che li rendono solidali alle anse del tenue. Resecata la parte cutaneo-mucosa-cicatriziale sul bordo degli orifici e specialmente di quello del capo distale a fine di abolirne la parte resasi stenotica, si esegue l'anastomosi, termino-terminale con un duplice piano di sutura, il primo con punti introflettenti in catgut N. 0 ed il

secondo siero-sieroso eseguito con seta sottile. La ferita parietale viene quasi totalmente riunita lasciando un sottile drenaggio in lamine di gomma nelle immediate vicinanze del viscere trattato.

Reperto. — Il colon trasverso è interrotto in corrispondenza della vecchia sutura per quasi tutta la circonferenza, essendo mantenuta la sua continuità per soli pochi millimetri sulla parte posteriore della parete a livello della inserzione del mesocolon. I due capi intestinali sboccano sulla parte alta del quadrante inferiore S. dell'addome un poco sotto e un poco all'esterno dell'ombelico. Il rivestimento mucoso di essi si continua direttamente con la cute. L'orificio del capo distale è alquanto stenotico. Aderenze tenaci e larghe uniscono il colon trasverso con le anse del tenue e col peritoneo parietale.

L'intervento per quanto eseguito con grande attenzione non fu coronato da successo e si ebbe la deiscenza totale della sutura in 5ª o 6ª giornata per modo che la P. si ritrovò nelle identiche condizioni di prima.

Le consigliai allora di rientrare in famiglia per un adeguato periodo di riposo e per dar tempo ai tessuti cruentati di cicatrizzare regolarmente chè poi avrei provveduto in qualche altro modo, da pensarsi, alla ricomposizione del colon trasverso interrotto.

Non parendomi opportuno ritentare la prova con un intervento per via endoperitoneale simile a quello già eseguito, essendo difficilissima, per constatazione già fatta, la liberazione del colon che era apparso anche sottile e poco vitale nelle sue pareti e sopratutto corto per la subita resezione, preferii approfittare della cute, per ricostruire con essa una doccia che completasse anteriormente la abbondante carenza della parete colica. L'intervento inteso a questo scopo fu praticato, per inesauribile desiderio della P., quattro mesi dopo il precedente fallito tentativo di restauro.

Operazione (F. B. V.). 9 giugno 1938. Eteronarcosi regolare. Escissione di un listello cutaneo mucoso intorno all'orificio ovoide infundibulare dell'ano artificiale trasverso colico eccezione fatta del 4° inf. della circonferenza. I bordi dell'emicirconferenza anteriore dei due capi colici sono dissecati per un tratto sufficiente a sostenere alcuni punti di sutura; un rilievo speroniforme posto sul fondo dell'infundibulo viene per quanto è possibile resecato.

Un lembo cutaneo rettangolare ad angoli smussi è scolpito subito sotto l'orificio con cerniera corrispondente alla periferia inferiore di esso (figura 1-A). Il lembo viene ribattuto in alto con la faccia epidermica rovesciata verso il lume del colon ed il suo bordo è fissato con punti staccati introflettenti alla periferia opposta dell'orlo cruentato dell'orificio ad ai bordi preparati dei capi intestinali (fig. 1-B). Un altro maggiore lembo, anch'esso di forma rettangolare a bordi smussi, cerniera in alto e battente in basso ai limiti dell'orificio già chiuso, viene dissecato (fig. 1-C), portato per scorrimento sopra la faccia cruenta del lembo rovesciato ed ivi fissato, in modo

FIG. 2.

da ristabilire quasi su tutta la estensione delle parti prive di epidermide un regolare rivestimento cutaneo (fig. 1-D).

Il tutto è coperto di garza asciutta ben fissata con striscie di cerotto.

Reperto. — L'ano addominale trasverso colico ha un adito ovoide a grande asse orizzontale ed un fondo costituito da una doccia pari alla terza parte di un cilindro ove s'aprono i due orifici intestinali dei quali il distale alquanto stenotico. La mucosa e la cute che con essa si continua sono normali. Sul fondo della doccia fra l'uno e l'altro capo del colon trasverso si demarca un rilievo verticale duro quasi tagliente a mo' di sperone.

L'esito della plastica ebbe fortunatamente un risultato pienissimo: i lembi si conservarono vitali e le suture tennero perfettamente per modo che in 10ª giornata si poterono togliere i punti cutanei e non restò che attendere, praticando alcune medicazioni a piatto, la completa epidermizzazione della piaga risultante dalla parte restata cruenta là ove non era potuto arrivare per scorrimento il lembo cutaneo superiore.

La chiusura dell'ano cecale fu eseguita esattamente un mese dopo la plastica ora descritta per dar luogo all'inferma di riposarsi un poco del patito travaglio.

Operazione (F. B. V.). Eteronarcosi regolare. Incisione losangica intorno all'ampio orificio dell'ano cecale, dissezione cutanea e chiusura provvisoria dell'orificio con punti staccati a tenuta perfetta. Attraverso i vari strati, in parte trasformati in cicatrice, si entra nella cavità peritoneale e si libera il cieco dalle aderenze parietali e viscerali. Escissi i bordi cutaneo-mucosi dello stoma, provvisoriamente suturato, si chiude la ferita cecale con duplice piano di sintesi, il primo totale introflettente e il secondo sierosieroso. La faccia anteriore del cieco è fissata con alcuni punti al peritoneo parietale. La parete viene chiusa lasciando un drenaggio capillare a contatto col connettivo properitoneale e fuoriuscente dell'angolo inferiore della ferita.

Reperto. — Ano cecale con orificio ampio. Abbondante prolasso. Cute sana.

La chiusura dell'ano artificiale così eseguita riuscì perfettamente. La ferita sanò di prima intenzione.

A fine di facilitare la eliminazione delle feci nel tratto trasverso del colon, che sapevamo essere, in corrispondenza della plastica restaurazione, alquanto stenotico, furono somministrati nei primi giorni alimenti liquidi o semiliquidi e pozioni magnesiache epicraticamente propinate. Ben presto si vide l'alvo vuotarsi frequentemente ed abbondantemente per le vie naturali.

Anche con l'assunzione dei cibi solidi la eliminazione delle feci si effettuava in seguito in modo assai soddisfacente. La inferma potè lasciare l'ospedale e rientrare in famiglia il g. 25 giugno 1938, ossia due settimane dopo l'intervento.

Una radiografia del colon praticata a distanza di alcuni mesi, previo clisma di sostanza radiopaca, dimostrò completo riempimento di esso nelle varie sezioni fino al ceco pur esistendo una notevole stenosi del colon trasverso (fig. 2) là ove la interruzione era già stata felicemente riparata con la plastica cutanea.

Se nel particolare caso di questa donna che all'età di 29 anni ebbe per la prima volta ad essere operata di laparotomia per peritonite tubercolare in forma ascitica da cui residuarono, come si è visto, vaste e tenaci aderenze, e che appena un anno dopo cominciò ad avvertire le prime sofferenze dell'ulcera gastrica, le due entità morbose possano avere fra loro qualche rapporto etiologico e patogenetico, è cosa che mi limito appena ad adombrare. Data la grande oscurità che regna tuttavia circa la origine della malattia ulcerosa, e poichè fra le molte teorie patogenetiche ne esiste anche una infettiva, il patologo potrebbe anche pensare al bacillo di Koch come si è pensato agli streptococchi ed agli svariati microbi che costituiscono la flora buccale. Io mi limito solo a porre in rilievo il brevissimo tempo che intercorse nel generarsi delle due affezioni. Accennerò invece più volentieri a questioni più banali, ma di ordine assolutamente pratico.

E non è male, benchè al giorno d'oggi possa sembrare quasi superfluo, insistere sulla superiorità della resezione gastrica rispetto alla gastroenterostomia, nella cura della malattia ulcerosa, perchè ancora adesso alcuni chirurgi che non hanno troppa confidenza con la tecnica delle operazioni gastriche, seguitano, non certo in buona fede dopo aver conosciuto quanto si è fatto detto e scritto da tanti anni su tale argomento, ad affermare che non tutti gli autori sono partigiani della operazione demolitiva, e continuano ad eseguire costantemente l'anastomosi in ogni malattia gastrica quale essa sia, e, quello che è peggio la eseguono con deplorabile leggerezza anche negli stomachi che non presentano all'esame diretto segno alcuno di malattia. Ora per quanto sia vero che nemmeno la resezione, per ampia che sia, salvaguardi in modo assoluto il gastropaziente dalle possibilità della recidiva sul moncone gastrico o dall'avvento dell'ulcera digiunale, è ormai bene assodato che mentre i gastroenterostomizzati vanno incontro a tali esiti con un ritmo di frequenza notevole (dal 5 al 17 % secondo i vari autori e le varie tecniche), i pazienti trattati con resezione ampia, ossia con l'asportazione di almeno due terzi dello stomaco, vi vanno incontro in proporzioni inferiori all'uno per cento (Von Haberer, Finsterer ed altri). Taccio poi sulla persistenza delle turbe gastriche che permangono o ricorrono nei gastroenterostomizzati in proporzioni altissime mentre nei resecati vengono solo eccezionalmente segnalate, e sulle possibilità dell'avvento in essi di accidenti acuti come l'emorragia e la perforazione e sul possibile insediarsi del cancro.

D'altra parte la resezione gastrica non è oggi da ritenersi operazione assai più grave dell'anastomosi essendo pressochè uguale la mortalità

segnalata per i due interventi. La temuta possibilità dell'avvenire di turbe anemiche importanti dopo ampia resezione già segnalata dagli autori (Grawitz, Moynihan, Fasiani ed altri) pare che sia, dopo le più recenti comunicazioni fatte dai chirurghi nei congressi e nelle monografie, una possibilità assai lontana, almeno per quanto riguarda le forme ipercromiche e perniciose.

Se era dunque giustificato ed utile quarant'anni or sono, eseguire come fece l'emerito chirurgo di Spoleto, una gastrodigiunostomia nella sua paziente affetta da ulcera iustapilorica con stenosi, oggi sarebbe certo passibile di critica tutt'altro che benevola chi seguisse lo stesso indirizzo terapeutico, in vista delle molte possibilità che permangono ai pazienti in tal modo operati di reinfirmarsi, come si è detto, in varie e variamente gravi maniere.

L'ulcera peptica del digiuno può secondo Leriche generarsi fin dai primi giorni dopo l'intervento ma si è vista apparire anche dopo 40 anni (Alessandri), normale restando l'epoca di apparizione verso il 7° od 8° mese. Nel nostro caso i primi sintomi si ebbero a distanza di 11 anni dall'intervento. Essa è una delle più temibili successioni morbose della gastroenterostomia, non solo per le sofferenze che suole infliggere al paziente, le quali non sono dissimili se non peggiori di quelle dell'ulcera gastroduodenale, ma ancora per il pericolo degli stessi accidenti acuti che gravano sull'ulcera semplice quali la perforazione in peritoneo libero e l'emorragia; e ancora per la terebrazione degli organi vicini e relative conseguenze. Assai lontana, anzi del tutto eccezionale (Gosset) sembra la possibilità dell'impianto del cancro sull'ulcera peptica del digiuno.

Nel caso da me riferito le alterazioni anatomo patologiche, quali si erano manifestate all'esame clinico e quali apparvero all'esame diretto al momento dell'operazione, erano degne di rilievo sopratutto per la imponenza della massa tumoriforme che, rilevabile anche alla ispezione e alla palpazione, risultò al reperto operatorio interessare lo stomaco, il digiuno, il colon trasverso ed anche la compagine della parete addominale. Poichè l' ulcera peptica del digiuno suole per lo più generarsi sulla emicirconferenza anteriore dell'anastomosi gastrodigiunale, l'interessamento del colon trasverso, che, nelle tecniche più in uso, viene collocato davanti ad essa, non è raro, e ne segue facilmente il prodursi di una stenosi cicatriziale del grosso intestino come avvenne nel mio caso o la formazione di una fistola gastro-colica o digiuno-colica con tutte le gravi turbe che ne seguono. Nè questa evenienza è da ritenersi assai rara. La terebrazione della parete addominale, quale abbiamo visto nel caso riferito, è anch'essa descritta e può far capo perfino alla produzione di una fistola gastro o digiuno cutanea; ma questo fatto è assolutamente eccezionale.

In ogni modo quando l'ulcera è, come nel caso che ci ha lungamente trattenuti, perduta in una massa di callosità e di adesioni estremamente dense che fondono insieme i vari organi e la stessa parete addominale in modo che la separazione di essi risulta impossibile, non si può dire che la terapia chirurgica non urti contro serissime difficoltà; mentre quando non esistono tali contrarie condizioni anatomiche l'intervento, pur essendo sempre complesso, viene abbastanza agevolmente eseguito, e secondo gli autori che han raccolti molti casi (Gosset, Finsterer) non darebbe una mortalità superiore al 12 %.

Circa la indicazione di questo o quell'atto operativo nei pazienti affetti da ulcera peptica del digiuno giustamente si è detto che non si può fissare una regola, dovendo la linea di condotta del chirurgo a volta a volta variare secondo la qualità delle lesioni che si riscontrano nei visceri all'esame diretto durante l'intervento: così si va dalla semplice degastroenterostomia fino alla resezione piloro-gastrica-digiunocolica nei casi più complessi, regolare restando nei casi non complicati la resezione dell'ulcera combinata con la gastropilorectomia larga.

In malati particolarmente indeboliti e denutriti si è talvolta praticata la digiunostomia che per la maggior parte degli autori è una pessima operazione, ma che da alcuni è tenuta in pregio non fosse altro per rialzare temporaneamente, con la somministrazione degli alimenti, le condizioni generali del paziente e prepararlo a sostenere in secondo tempo l'intervento radicale (Moynihan).

Per quanto la mia paziente, come si è detto fosse ridotta in condizioni miserevoli, non ricorsi a questo espediente ma volli fare qualche cosa di più radicale, resecando tutto il blocco costituito dall'ulcera e dalle callosità e di conseguenza gli organi che facevano parte della massa tumorisimile. Se non eseguii la gastropilorectomia, fu solo perchè ero persuaso che la malata non avrebbe potuto in quelle condizioni assolutamente sopportare il traumatismo di un'operazione che si sarebbe protratta oltre misura, date le tenaci aderenze che cementavano lo stomaco con tutti i

visceri vicini da ogni parte, e specialmente verso la regione pilorica e duodenale.

Mi limitai quindi a resecare parte della tuberosità gastrica insieme ad un tratto di colon, di digiuno e di tessuto muscolo-cicatriziale appartenente alla parete addominale là ove essa era interessata dal processo ulceroso terebrante, e passai senz'altro alla ricostruzione dei vari tratti del tubo digerente e all'anastomosi gastro-digiunale.

Come si è visto l'esito di questa operazione, resa complessa dalle particolari condizioni anatomiche del peritoneo, sarebbe stata in tutto ideale se avesse tenuto anche la anastomosi trasverso-colica che pure fu eseguita con particolare cura. Ma purtroppo si ebbe la completa deiscenza della sutura con formazione di un ano addominale, il cui trattamento impegnò a fondo la mia pazienza da prima e poi anche un poco la mia fantasia.

Ognuno sa che la chiusura di un ano artificiale si può ottenere in due modi: o con metodi extraperitoneali o con metodi intraperitoneali, e sa ancora come i primi, utili talora per le fistole e per gli ani artificiali di piccola apertura, siano ben aleatori per gli ani artificiali a grossa apertura, e come invece con i secondi si riesca a toccare costantemente lo scopo.

Nel nostro caso è accaduto proprio il contrario; le serrate aderenze di tutti gli organi contenuti nel peritoneo, esito della vecchia peritonite tubercolare e anche dei ripetuti pregressi interventi, da cui forse la P. non sempre era guarita per primam, rendevano la liberazione del colon assai disagevole. In ogni modo essa fu da me pazientemente eseguita così come l'anastomosi termino-terminale, la quale per altro fallì completamente per modo che le condizioni anatomiche della lesione, alcuni giorni dopo l'atto operativo non apparivano dissimili da quelle di prima.

Taccio sui tentativi di riavvicinamento delle emicirconferenze anteriori degli orifici dei monconi colici in vari modi eseguiti che, come era prevedibile, non approdarono a nulla.

Si ritornò allora ai mezzi extraperitoneali, e si arrivò allo scopo ottenendo la riparazione della parte mancante della parete colica mediante una plastica cutanea non dissimile da quella che si suole eseguire per la chiusura delle fistole uretrali col metodo di Guyon-Pasteau.

La utilità di questo espediente, sulla cui tecnica non mi dilungo, perchè è stato abbastanza chiarito dagli schemi intercalati al testo della descrizione dell'atto operativo, è messa in rilievo dal perfetto risultato ottenuto in un caso in cui tutte erano riunite le maggiori difficoltà anatomiche che in pratica possono presentarsi. Ed è per questo specialmente che io ho voluto renderlo noto ai colleghi perchè in particolari circostanze potrebbero essere invogliati a giovarsene.

La temibile stenosi del colon nel tratto operato non risultò molto notevole come è dimostrato dalla radiografia eseguita qualche mese dopo l'intervento, e sopratutto dalla ulteriore osservazione della P. che godeva fin d'allora e gode ancor oggi ottima salute ed elimina perfettamente le materie per le vie naturali.

Io sono quindi soddisfatto di aver fatto conoscere le dure vicende attraversate da questa donna, che stanno a dimostrare da un lato la particolare resistenza dei malati di stomaco, anche i più debilitati e denutriti, in confronto ad altre classi di infermi, e dall'altra ciò che può fare la nostra arte, se esercitata con passione, per affrontare situazioni e vincere difficoltà che sembrano a prima vista insormontabili.

Spoleto, 25 luglio 1939-XVII.

RIASSUNTO.

L'A. espone le vicende di una donna settantenne la quale operata a 29 anni di laparatomia epigastrica per peritonite tubercolare, patì un anno dopo i primi segni di ulcera gastrica; che fu operata di gastroenterostomia per stenosi pilorica a 34 anni; che tornò a soffrire di stomaco pel generarsi di un'ulcera peptica del digiuno a 48 anni ossia 14 anni dopo; che subì due inutili rilaparotomie a 50 e a 52 anni; che fu da lui finalmente all'età di 69 anni, essendo ella in preda a stenosi serrata del neopiloro per ulcera callosa terebrante e tumorisimile del digiuno con interessamento del colon e della parete addominale e con imponente denutrizione che l'aveva ridotta al peso di Kg. 33, trattata con resezione gastro-digiuno colica. Da detto intervento, che riportò la P. all'equilibrio nutritivo (Kg. 55) reliquò tuttavia un ano addominale trasversocolico che non potè essere sanato con l'operazione di sutura colica eseguita per via endoperitoneale come si fa abitualmente. Riuscì invece a sanarlo con una plastica cutanea a doppio lembo, simile a quella descritta dagli autori ed in uso per le plastiche delle fistole congenite ed acquisite dell'uretra. La tecnica esecuzione di tale operazione, che crede possa in casi speciali riuscire utilissima, è chiarita da alcuni disegni schematici intercalati al testo.

SUNTI E RASSEGNE

MALATTIE INFETTIVE.

La malattia dei porcai.

(R. ROCH. *Bulletin Médical*, 30 settembre 1939).

La malattia dei porcai fu osservata per la prima volta nel 1914 nell'Alta Savoia dal dottor H. Bouchet. Ma fu solo nel 1932 che comparve su quest'affezione la prima publicazione dovuta ad uno svizzero, Müller, che ne fece una buona descrizione clinica e la chiamò « influenza delle latterie ». Nel 1933 Urech le dette il nome di « malattia dei giovani porcai ». Successivamente comparvero studi di Penso di Roma che la chiamò « meningo-tifo-eruttivo dei porcai », e di Durand che la chiamò più semplicemente « malattia dei porcai » o « malattia di Bouchet ».

La malattia è stata finora constatata nell'Alta Savoia, in Svizzera (cantoni di Vaud, Berna e Ginevra), in Italia (provincia di Parma), a Saint-Etienne, nella Franca Contea, nel Massiccio Centrale, nell'Aubrac.

L'affezione colpisce quasi esclusivamente i porcai i cui animali sono alimentati con il latticello residuo delle fabbriche di formaggi. Sono colpiti più frequentemente gli uomini che le donne, e più i giovani che gli anziani.

L'incubazione dura una quindicina di giorni. La malattia si annunzia con un forte brivido seguito da febbre alta a 39°-40°. Talvolta si ha un periodo prodromico di 2-3 giorni con stanchezza, abbattimento, stipsi, mal di testa, brividi leggeri; ma il più delle volte la malattia scoppia improvvisamente come la pulmonite.

Fin dal primo momento si può notare il segno di Kernig e la rigidità nucale, ma nel periodo iniziale prevalgono i sintomi a carico dell'apparato digerente: alito fetido, lingua saburrale, stipsi ostinata, addome teso e dolente. Contemporaneamente si ha abbattimento, stupore e sudorazione abbondante. Meno frequenti sono l'albuminuria, l'epatosplenomegalia, la tosse secca. Talvolta compare una congiuntivite congestizia o purulenta. Un sintoma importante sarebbe la cianosi delle labbra e delle orecchie. Si può avere, al quarto giorno, anche un esantema maculo-papuloso alla faccia interna delle coscie e sull'addome. Il polso è molto frequente.

Con il quarto giorno la temperatura cade improvvisamente, il malato si sente bene e si crede guarito.

Ma dopo 24-48 ore ha di colpo una cefalea molto violenta, la temperatura risale a 39°-40°; tuttavia il polso è raro. La rigidità nucale, i segni di Kernig e di Lasègue sono molto netti, i riflessi sono molto vivaci; ma non si notano paralisi nè disturbi sfinterici. Dopo 3-4 giorni la temperatura cade per crisi o per lisi.

In questo periodo meningitico la puntura lombare dimostra ipertensione elevata del liquor con notevole reazione cellulare, prevalentemente linfocitica, ed iperalbuminosi proporzionale. Si tratta di modificazioni transitorie, ma che possono durare anche a lungo.

Con la scomparsa della febbre si ha la guarigione dopo qualche giorno.

La complicazione finora conosciuta è una tendenza alle emorragie, specie intestinali.

Tale è il quadro clinico schematico che ha molte modificazioni. Solo la sindrome gastro-intestinale iniziale sembra costante, per gli altri fatti sono registrate molte varianti: presenza o assenza di remissione, sindrome meningea più o meno marcata o mancante del tutto, reazione meningea incostante.

La inoculazione sperimentale dell'infezione nell'uomo (è stata praticata negli alienati anche a scopo terapeutico) provoca una sindrome del tutto analoga alla forma naturale. La virulenza degli umori adoperati si è dimostrata costante nel sangue e nell'urina, incostante nel liquido cefalo-rachidiano.

L'accertamento diagnostico è facilitato dal mestiere (porcaio) dell'infermo. La brevità della malattia, il suo aspetto clinico, il risultato negativo dell'esame serologico e dell'emocultura la fanno distinguere dalle infezioni tifose e paratifose. Dalla meningite tubercolare si differenzia per l'assenza di fatti a carico dei nervi cranici, per l'aspetto favorevole della puntura lombare, per il tasso relativamente elevato dei cloruri, per il decorso costantemente favorevole in qualche giorno.

Il solo trattamento efficace è la puntura lombare che allevia la cefalea. Si potranno anche prescrivere disinfettanti interni antitermici-analgesici se la febbre è alta.

I casi umani sono sempre preceduti da una epizoozia suina.

I porcellini di uno o due mesi sono colpiti da accessi epilettiformi, da rigidità nucale, da torsione della testa da un lato, da una specie di pleurostotono. La malattia dura una quindicina di giorni e termina ordinariamente con la guarigione.

Durand e i suoi collaboratori hanno provocato sperimentalmente elevazione termica, diarrea, inappetenza, ma non disturbi meningo-nervosi. Ciò fa supporre che si verifichino epizoozie senza questi ultimi e che pertanto possono passare inosservate.

La malattia non ha alcun che di comune con il mal rosso dei suini, con la peste suina, con l'influenza dei maiali.

Sembra che le epizoozie siano favorite dalla scarsa alimentazione degli animali, e dal loro mantenimento in ambienti poco aerati e non puliti.

Il modo di trasmissione della infezione dall'animale all'uomo non è ancora ben precisato. Sembra debba escludersi che il veicolo sia un

insetto (fu incriminata la pulce), più probabile sembra il contagio avvenga con il contatto con le mani e con la proiezione sul viso di materiale infetto. Al riguardo è a rilevare che gli escrementi dei maiali infetti sono molto virulenti.

Gli esperimenti fatti su gli animali hanno dato i seguenti risultati: la cavia non è recettiva; il topo lo è incostantemente; il maiale, il gatto, il furetto, il coniglio sono sensibili al virus. La malattia si manifesta con ipertermia leggera e transitoria. Durante la malattia sono virulente le feci, le urine, il cervello e la milza. Gli umori rimangono virulenti dopo la filtrazione. I tentativi di cultura non sono mai riusciti. Dr.

La febbre aftosa nell'uomo.

(M. Roch. *Bulletin Médical*, 30 settembre 1939).

La febbre aftosa è una malattia eruttiva causata da un agente ultramicroscopico. Colpisce animali selvaggi come caprioli, cervi, antilopi, giraffe, renne, bisonti, camelli, e animali domestici come i bovini, i caprini e gli ovini.

Negli animali il periodo d'incubazione dura 3-4 giorni, e la malattia si manifesta con febbre, eruzioni pustolose delle mucose e suppurazioni superficiali specie intorno alle unghie. La morte avviene in uno stato d'indebolimento generale provocato da complicazioni miocarditiche, bronco-pneumoniche, nefritiche. Anche gli animali che superano la malattia non guariscono mai completamente e danno sempre un rendimento inferiore a quello che davano prima della malattia.

L'agente causale è un virus filtrante, il primo riconosciuto come tale nel 1898 da Loeffler e Frosch.

Il virus dell'afta epizootica, come quello della paralisi infantile, ha dimensioni piccolissime. Levaditi gli attribuisce il diametro di 3-5 milionesimi di millimetro ed è stato calcolato che pesi gr. 0. 000. 000. 000. 000. 000. 001.

Sono stati identificati tre tipi di virus (O.A.C.) capaci di dare la medesima sindrome ma con varie proprietà immunizzanti. Ogni tipo può avere una virulenza diversa.

Il virus si attenua mescolandolo con polveri assorbenti o con siero di animale immunizzato. Si può conservarlo vivente su culture di tessuti o sulla membrana allantoide dell'uovo, o anche con passaggi successivi in animali: vitelli, porcellini, cavie.

Nel corso di alcune epizoozie si sono verificate anche alcune epidemie similari, il che fa supporre che alcuni tipi di virus sono capaci di adattarsi alla specie umana. Del resto i casi isolati di febbre aftosa nell'uomo non sono rari.

Il contagio nell'uomo può avvenire quando le sue mucose o qualche erosione cutanea viene a contatto con la bava, il pus, il latte, le eiezioni di un animale infetto. Ma più comunemente avviene bevendo il latte di vacca malata, il che spiega perchè la malattia è più frequente nei bambini.

Anche il burro e i formaggi possono essere veicoli dell'infezione. Ma la cottura distrugge il virus e perciò i formaggi cotti ed il latte bollito non sono a temere.

Il virus è presente nella carne di animali mattati perchè affetti da afta. Ma in pratica sembra che il consumo di tale carne non sia pericoloso.

Non si conoscono casi di trasmissione dall'uomo all'uomo.

La malattia umana è molto simile a quella degli animali.

Dopo un'incubazione di 3-5 giorni si ha malessere generale, sensazione di scottatura alle mucose e talvolta anche alle palme delle mani ed alle piante dei piedi. Presto la febbre sale a 39°-40°: si ha abbattimento, tachicardia, ipotensione, comparsa delle afte caratteristiche e suppurazioni periungueali.

Le afte sono localizzate per lo più sulle mucose delle labbra, della bocca, della lingua, della faringe, ma possono anche riscontrarsi nel naso, sulle congiuntive, nella vagina. Spesso debordano sulle zone cutanee vicine e talvolta si ha un vero esantema generalizzato con prevalenza alle parti distali degli arti.

Le afte si formano in seguito ad essudazione siero-fibrinosa che dissocia le cellule dell'epitelio e del corpo mucoso di Malpighi, che rapidamente degenerano e necrotizzano.

Le afte si presentano innanzi tutto come vescicole di qualche millimetro di diametro, talvolta confluenti, e contenenti siero torbido che tende a diventare purulento. La cuticola superiore si rompe facilmente lasciando un fondo rosso sensibile a tutti gli agenti fisici e chimici, per modo che i malati avvertono dolori urenti specie nell'atto di mangiare e di bere.

Sulle afte ulcerate si formano cuticole giallastre, talvolta tinte di sangue con tendenza al nerastro, poco aderenti.

La stomatite generalmente si accompagna ad abbondante salivazione, che insieme alla difficoltà di bere provoca un certo grado di disidratazione dell'organismo.

Le suppurazioni peringueali possono determinare la caduta delle unghie.

La malattia in genere dura una diecina di giorni, ed è seguita da una lunga convalescenza. Le unghie cadute impiegano mesi per riprodursi.

L'esito mortale è raro: le statistiche finora pubblicate fanno oscillare la mortalità tra il 2 e l'8 % dei casi.

La morte può essere provocata da: 1) indebolimento generale, ipoalimentazione, disidratazione, provocate da infezione grave, prolungata, con eruzione confluente; 2) infezioni in-

tercorrenti; 3) lesioni provocate dallo stesso virus aftoso nei pulmoni, nel miocardio, nei reni e nel fegato. Queste lesioni viscerali da virus aftoso sono costituite da piccoli focolai necrotici circondati da una zona di congestione infiammatoria. A seconda dell'organo colpito si manifestano con segni di miocardite infettiva, di bronco-pulmonite, di nefrite o di epatite. Le complicazioni nervose sono rarissime.

Tenuto conto che l'uomo è generalmente più o meno refrattario al virus aftoso si spiega come siano molto frequenti le forme leggere, abortive, fruste e benigne della malattia.

Le malattie con le quali si potrebbe confondere la stomatite aftosa sono: 1) le afte banali, che sono piccole ulcerazioni puntiformi, nettamente localizzate alle mucose, mai confluenti, o di solito non accompagnate da febbre; 2) le vescicole erpetiche, che sono raggruppate e localizzate sulla linea che separa la mucosa dalla pelle, e che sono poco profonde ed in genere indolenti; 3) le eruzioni dello zoster, che sono accompagnate da dolori a tipo nevralgico e sono localizzate su un territorio radicolare determinato; 4) il mughetto, la difterite, la sifilide, la cui diagnosi è facilitata dai caratteri clinici, batteriologici e serologici; 5) la stomatite impetiginosa, l'hydroa di Quinquand e Bazin, l'ectodermosi pluriorificiale di Rendu e Fiessinger, che possono prestarsi a confusione, ma che sono affezioni rare e ad ogni modo mai accompagnate da suppurazioni periungueali.

Nelle forme tipiche la diagnosi è facile, nelle forme fruste invece le difficoltà sono notevoli. Ma in queste forme la diagnosi ha poco importanza sia dal punto di vista terapeutico che profilattico tenuto conto che la prognosi è per esse sempre buona e che la trasmissione da uomo a uomo non avviene.

La rarità della malattia umana rende inutili severe misure di profilassi. In caso di epizoozia sarà sufficiente consigliare la pulizia personale a coloro che avvicinano animali infetti, ed il divieto di usare latte crudo.

Come mezzi curativi è stata consigliata la trasfusione di sangue da parte di un convalescente o di un qualsiasi individuo presunto immunizzato. È stato consigliato anche l'uso di latte di un animale che ha sofferta la malattia.

Per il trattamento locale delle stomatiti si consiglieranno collutorî a base di clorato di potassio, di borato di soda o di salicilato di soda con aggiunta di piccola quantità di cloridrato di cocaina. Si potranno fare pennellazioni con bleu di metilene, ma non sono consigliabili le applicazioni di nitrato d'argento, di acido cromico o di tintura di iodio.

Per evitare la disidratazione dell'organismo si praticheranno eventualmente iniezioni di soluzioni saline o glucosate.

Come medicamenti interni sembra abbiano una certa efficacia gli arsenobenzoli e gli ioduri.

DR.

Le forme curabili e fruste delle setticopiemie post-anginose da bacillus funduliformis.

(A. LEMIERRE, A. P. GUIMARÃES e J. LEMIERRE. *La Presse Médicale*, 31 gennaio 1940).

Gli Autori hanno potuto osservare in questi ultimi due anni dei casi di settico-piemia post-anginosa da b. funduliformis, i quali smentiscono l'opinione finora diffusa della fatalità pressochè inevitabile nel decorso di questa malattia.

Le setticopiemie post-anginose da b. funduliforme sono caratterizzate:

1) dall'angina iniziale accompagnata da una tumefazione pastosa sotto l'angolo mandibolare molto dolente alla pressione;

2) da grandi accessi febbrili preceduti da brivido intenso e prolungato;

3) da infarti polmonari;

4) da artriti.

Questo quadro sintomatologico è così caratteristico che in base ad esso si può emettere con quasi sicurezza la diagnosi di settico-piemia da b. funduliformis, diagnosi che verrà confermata dall'emocultura.

La morte, considerata finora come l'esito pressochè inevitabile di tale malattia, può essere dovuta o all'intensità dello stato setticemico o alle suppurazioni multiple che si determinano nel polmone, nel fegato, nelle articolazioni, ecc.

L'A. ha però potuto notare due casi a sintomatologia completa nei quali tuttavia l'esito è stato la guarigione.

Inoltre l'A. ha osservato altri casi a sintomatologia frusta, cioè mancanti o della sintomatologia articolare (3 casi) o di quella polmonare (3 casi), o di ambedue (1 caso), ma in cui l'emocultura ha permesso di isolare il b. funduliformis.

Infine l'A. riporta un caso in cui non fu potuta praticare l'emocultura ma in cui la diagnosi batteriologica fu confermata dalla constatazione di una reazione di flocculazione praticata secondo la tecnica di Laporte e Brocard, reazione rigorosamente specifica delle infezioni locali e generali da b. funduliformis. Nello stesso periodo di tempo in cui gli Autori hanno osservato i casi riportati, essi hanno avuto soltanto due casi seguiti da morte.

Gli Autori non sanno dire se per questo miglioramento nel decorso della malattia in questione abbia avuto importanza la terapia sulfamidica attuata alla dose di gr. 4 giornalieri. Ad ogni modo i derivati sulfamidici non hanno però dato quei risultati immediati che danno abitualmente nell'eresipela, nelle infezioni meningococciche e nella polmonite.

F. TOSTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

Diet in Health and disease, sotto la direzione di Sir H. ROLLESTON e A. MONCRIEFF, con introduzione di E. P. CATHCART. Un vol. in-8° di 382 pagg., rilegato. Eyre e Spottiswoode editori, London, 1939. Prezzo 14 scellini.

Sotto gli auspici della nota rivista « The Practitioner », che risponde realmente al suo titolo di praticità, si è pubblicato questo manuale di dietetica, per lo stato di salute e quello di malattia.

Le regole dietetiche sono generalmente da noi considerate con un'eccessiva larghezza e senza annettervi quell'importanza con cui si seguono altrove, fino ad avere nei grandi ospedali una persona specializzata ed arrivare alla preparazione di 30-40 tipi di diete diverse secondo le malattie.

Questo libro consta di 28 capitoli scritti da diversi autori, fisiologi, biochimici, direttori di ospedali « Sister » dietetiche di ospedali, pediatri, ecc. Dopo una buona introduzione in cui si presenta il problema nelle sue linee generali, si passa ad un capitolo generale di dietetica pratica e di diete generiche per malati e poi alle diete nelle singole malattie: affezioni febbrili, tubercolosi polmonare, malattie gastriche, intestinali, cardio-vascolari, epatiche, renali, obesità, diabete, gotta, ecc.; la dieta ai tropici, quella dei vecchi, quella estiva ed invernale, cinque capitoli dedicati alla dieta nell'infanzia e, da ultimo, uno studio sugli effetti della cottura sugli alimenti. Il manuale risponde bene ai bisogni della pratica ed è di notevole utilità. *fil.*

K. EVANS e O. G. HANSEN. *An inquiry into the diet of 301 poorly situated families in Norway*. Un vol. in-8° di 225 pagg., con molte figure e tabelle. Suppl. CIII di « Acta medica Scandinavica ». M. Tryckeri. Helsingfors, 1939.

Vasto ed esauriente studio sulla vittitazione di 301 famiglie norvegesi, per lo più rurali, un terzo delle quali vive unicamente con la pubblica beneficenza (leggi sui poveri). La composizione della dieta è stata studiata per 4 settimane consecutive ed i dati sono poi stati elaborati, calcolando sia il valore calorico, sia i diversi principi alimentari (protidi, carboidrati, lipidi, vitamine, minerali) in essa contenuti. Il valore calorico medio non è basso (2546 calorie nette); ma vi sono famiglie in cui ogni individuo ne ha soltanto 1223, cifra bassa tanto più in considerazione del clima. La media è poi tanto più scarsa quanto più ridotti sono i mezzi economici. Notevole è la deficienza di vitamina: il 18 % delle famiglie non usa affatto latte ed il 92 % non consuma frutta fresca. La composizione della dieta è anche studiata in rapporto con il numero dei figli e le condizioni economiche. *fil.*

v. WENDT G. *Das C - Vitaminproblem in der menschlichen Ernährung*. Pag. 70, Ed. G. Thieme, Lipsia, 1939. RM. 50.

Le premesse sulle quali si fonda l'affermazione della importanza della vit. C nella alimentazione umana e dell'elevato fabbisogno quotidiano della vitamina stessa, sono le seguenti:

1) L'ac. ascorbico è assolutamente necessario per la conservazione della vita.

2) L'ac. ascorbico può essere accumulato in riserva solo in piccolissima parte.

3) L'uomo non ha — come invece hanno la maggior parte degli altri animali a sangue caldo — la possibilità di fare la sintesi dell'ac. ascorbico.

Da queste premesse parte l'A. verso una lunga e dettagliata esposizione del fabbisogno umano quotidiano di vit. C e del modo come deve essere composta la razione media giornaliera per soddisfare questo fabbisogno. Le molte tabelle che l'A. riferisce, non sono naturalmente applicabili all'alimentazione del popolo italiano, che ha a sua disposizione altri e più ricchi vettori di vitamina C.

L'A. accetta la definizione più ampia di fabbisogno di vitamina C, attribuendole una capacità di difesa dell'organismo contro le infezioni e di potenziatore delle difese naturali dell'organismo stesso, che non può esserle riconosciuta senza riserve. Nella nostra recente monografia sulle vitamine abbiamo avuto agio di documentare queste riserve. L'A. porta a sostegno del suo asserto una interessante tabella, nella quale sono indicate le percentuali di ammalati di tubercolosi polmonare in un collegio militare norvegese, in rapporto con una modificazione radicale del vitto, apportata fra il 1924 e il 1925, di cui elemento fondamentale, secondo l'A., fu l'aumento della quota di vitamina C.

Prima della riforma del vitto si registrarono, fra il 1916 e il 1924, dal 3,5 al 6,1 % di malattie tubercolari, dopo il 1925 queste percentuali scesero rapidamente a zero.

L'A. accetta anche che ogni malattia accresca molto il fabbisogno quotidiano di vitamina C; fino a decuplicare il valore di 50-30 mg. da lui accettato come quello esprimente il fabbisogno medio quotidiano dell'uomo sano.

Donde la parola d'ordine di somministrare grandi dosi di acido ascorbico a tutti gli ammalati di tutte le malattie, per prevenire una ipovitaminosi relativa secondaria.

Noi non accettiamo questo punto di vista, fondato in grande parte sui risultati della pro-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

va di saturazione, i quali, ottenuti con il reattivo di Tillmann o con quello al bleu di metilene, non offrono sufficienti garanzie di specificità, nè di significato clinico.

E non è indifferente — almeno economicamente — infliggere a molti ammalati l'imposizione di aumentare fino a 500 mg. al giorno, la dose quotidiana di ac. ascorbico.

Nel complesso, la monografia di Wendt, aggiorna molto brillantemente i problemi attuali sull'importanza della vit. C nell'alimentazione della popolazione europea, al di fuori di ogni vera grave carenza primaria.

M. COPPO.

STEPP W., KÜHNAU J., SCHROEDER H. *Die Vitamine und ihre klinische Anwendung*. IV Ed. Vol. in-8° di pagg. 283. Ed. F. Enke, Stoccarda, 1939. RM. 15.

La prima edizione di questo bellissimo libro è datata « inizio del 1936 » questa, la quarta, « estate 1939 ». Quattro edizioni in tre anni e mezzo; ecco compensati in breve: un grosso successo editoriale, le doti del libro e la straordinaria rapidità dell'evoluzione delle nostre conoscenze sulle vitamine.

Rispetto alla precedente, questa edizione è notevolmente accresciuta in tutti i capitoli dedicati alle vitamine nuove, non ancora studiate esaurientemente. H o antiseborroica. K o della coagulazione, ecc.

Non ripeteremo qui la disamina del libro, che fu da noi fatta presentandone la terza edizione. Ripeteremo solo, che esso possiede nel più alto grado le doti necessarie ad ogni libro destinato ad un largo pubblico medico: completezza e rigore scientifico, ma anche chiarezza e semplicità della trattazione. Il libro è corredato da un'ampia bibliografia.

M. COPPO.

L. AMBARD e S. TRAUTMANN. *Mécanisme des réactions fermentatives*. Vol. in 8° di pagg. 103. Edit. Masson, Paris, 1937. Frs. 35.

Il concetto che ha inspirato questo libro e le ricerche che vi sono riferite è il seguente: una reazione diastasica (idrolisi dello zucchero di canna o dell'amido ad opera dell'amilasi) consiste in tre processi successivi che sono: 1) la fissazione del cofermento sul fermento; 2) l'incontro di questo complesso col substrato; 3) la reazione idrolitica propriamente detta.

La reazione elementare e cioè l'azione di un elemento del fermento su di un elemento costituente il substrato, dura dunque per un tempo complessivo che somma la durata dei tre processi indicati. In questo libro si studiano i fattori che fanno variare ciascuno di tali tre processi e particolarmente l'azione del pH, dei vari cofermenti (J, Br, Mn), della temperatura, dell'aggiunta di sali di mercurio, di glicerina, ecc.

La conclusione generale del lavoro è che il fattore diretto dell'idrolisi detta da fermentazione è un acido. Acido che è guidato dal fermento, donde conseguenze quali- e quantitative, completamente diverse da quelle proprie dell'idrolisi acida banale.

La causa dell'idrolisi acida non è in questo caso l'jone H, ma la coppia H più anione e cioè un acido.

Nella reazione di fermentazione è il fermento che capta l'acido e lo mette in contatto col substrato. Ripetiamo che ogni fermento trasporta un acido determinato, ed è capace di fissarlo anche se estremamente diluito, favorendo così l'incontro del substrato e dell'acido che, per pura legge del caso, sarebbe molto raro. Questa particolarità ci spiega il fenomeno a prima vista paradossale per cui il fermento può determinare una idrolisi acida, in ambiente alcalino.

M. COPPO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 30 dicembre 1939-XVIII.

Presiede il Prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Ricerche sulle modificazioni elettrocardiografiche da tabaccco inalato.

Dott. A. SIBILIA e F. FALDI. — Gli OO. hanno studiato le variazioni elettrocardiografiche da fumo in un gruppo di sani e in uno di cardiopatici fra cui alcuni coronaritici, di cui due portatori di infarto miocardico.

A carico del ritmo si notò un grado più o meno accentuato di tachicardia sinusale, e inoltre extrasistoli ventricolari isolate e in un caso (di cardiopatico) a salve.

A carico della morfologia solo in pochissimi casi si ebbe una diminuzione del voltaggio della T e a questo riguardo sani e cardiopatici si sono comportati in modo identico. Non così per i coronaritici in cui si rilevarono notevoli alterazioni dell'onda terminale e del tratto intermedio.

Vengono discusse la genesi e il valore di tali modificazioni in rapporto particolare alla questione della e. da angina da tabacco.

Pleurite purulenta clinicamente primitiva con reperto di Corynebacterium diphteriae.

Dott. P. MANZARI. — L'O. illustra un caso di pleurite purulenta saccata con reperto bacteriologico e culturale di un corynbatterio difterico non patogeno per l'animale. L'O. discute il problema dei difterici e pseudodifterici e conclude che la mancanza di patogenicità non permette di escludere che si sia trattato di un autentico shoc difterico.

Etiologia e cura dell'asma bronchiale.

Prof. U. ARCANGELI. — L'O. richiamandosi ai suoi lavori precedenti afferma ancora una volta che l'asma è causata dalla sifilide il più delle volte ereditaria e riferisce sulla sua casistica numerosi esempi guariti con cura antiluetica, di cui fissa brevemente i termini.

Saggi di cinematografia della aringe.

Prof. R. MOTTA e Dott. S. CANOVA. — Gli OO. hanno potuto realizzare per primi in Italia la cinematografia della laringe. Si sono serviti per l'illuminazione di una lampada ad arco disposta accanto alla macchina da presa, in modo da avere il minimo angolo fra i raggi luminosi e l'asse ottico dell'obbiettivo. Con tale metodo hanno potuto cinematografare nello specchietto laringoscopico: laringi normali di cantanti (soprano, tenore) durante l'emissione di varii suoni; laringi durante la fonazione con le corde false; corde vocali di soggetti con paralisi di una corda vocale o con altri processi patologici, come dimostrano con numerose proiezioni.

È stato possibile utilizzare al massimo il materiale sensibile senza sprechi, in quanto il metodo adoperato è molto semplice anche perchè si son potuti abolire complicati accorgimenti (quali prismi, sistemi di riflessione, ecc.).

L'elettrocardiogramma nella glomerulo-nefrite acuta.

Dott.sa A. MUSSAFIA e Prof. V. PUDDU. — Riferisce il Prof. Puddu su 17 casi di glomerulo-nefrite acuta e 5 casi di glomerulo-nefrite subacuta in fase di riacutizzazione.

L'elettrocardiogramma presenta alterazioni transitorie costituite da inversione dell'onda T, sopratutto evidente caratteristica in I e IV derivazione. Si nota anche talora un allungamento dell'intervallo Q-T. Nelle forme riacutizzate le alterazioni sono più stabili e meno caratteristiche. Si può dimostrare un rapporto quasi costante fra la ipertensione arteriosa e la modificazione dell'elettrocardiogramma. Il significato prognostico dell'elettrocardiogramma nella nefrite acuta sembra assai limitato.

Singolare risultato ottenuto con la misura della velocità circolatoria con l'etere in alcuni casi di cardiopatia congenita.

Prof. V. PUDDU. — In due casi di cardiopatia congenita con intensa cianosi e probabile *shunt* destro-sinistro (tetralogia di Fallot?) una iniezione di etere eseguita nella vena cubitale per la misura del tempo di circolazione braccio-polmoni, dette luogo, a distanza di pochi secondi, a una vivace sensazione puntoria e urente a livello della cute specialmente del capo. Questo fatto non è mai stato osservato in numerose prove dell'etere eseguite in altre condizioni morbose e in soggetti normali. Si potrebbe pensare che nei due congeniti studiati l'etere, invece di giungere tutto ai polmoni ed essere di qui eliminato per il respiro, sia passato attraverso lo *shunt* e, imboccata l'aorta, sia giunto alla pelle per destare qui la strana parestesia. Ove l'osservazione sia confermata e ne sia dimostrata la specificità di meccanismo genetico, essa potrebbe dar lo spunto per una semplice ed elegante prova diagnostica della particolare condizione circolatoria.

Alterazioni del parenchima renale da ripetute crisi angiospastiche indotte con stimolazione dell'ilo.

Prof. M. TORRIOLI. — L'O. seguendo una nuova tecnica (applicazione di un indotto con estremi derivati all'ilo) che permette di operare su animali perfettamente rimessi da ogni trauma, ha condotto esperienze molto prolungate.

Ha notato che i reni stimolati erano più piccoli con glomeruli obliterati e con uno stato di iperplasia della elastica delle arterie che pur ricordando il quadro presclerotico non era sovrapponibile ad esso.

Seduta ordinaria del 27 gennaio 1940-XVIII.

Presiede il Prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Meningioma fibroplastico di non comuni dimensioni in una bambina di 8 anni.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'O. comunica un caso di meningioma fibroplastico asportato dal lobo fronto-parietale destro di una bambina di otto anni. Il peso del tumore asportato è di 450 grammi. La bambina sopravisse all'operazione e la emiplegia sinistra che la paziente presentava è in buona parte regredita come può vedersi esaminando la malata presente.

Epifisite universale familiare endocrina.

Prof. T. LUCHERINI e Dott. T. GIACOBINI. — Gli OO. hanno avuto occasione di studiare in 4 componenti la stessa famiglia (2 fratelli e 2 sorelle), una sindrome di particolare importanza caratterizzata da alterazioni nei processi di ossificazione encondrale, da impronte disendocrinopatiche del tipo della macrogenitotomia precoce, e del carattere familiare. Dopo ampia disamina differenziale con altre osteo-condropatie della crescenza, gli OO. prospettano delle ipotesi patogenetiche, e fra queste, per seguire la legge della concezione unitaria, si soffermano sulla patogenesi preipofisaria a cui con ogni verosimiglianza è legata la sindrome descritta e forse ogni altra steo-condropatia generalizzata.

Studio di un episodio epidemico di leptospirosi delle risaie.

Prof. B. BABUDIERI e Dott. L. BIANCHI. — Gli OO. descrivono un focolaio epidemico di leptospirosi verificatosi nell'estate 1938 in provincia di Pavia, nel quale furono colpite 90 persone occupate nel lavoro di trapianto e di monda del riso. Dall'acqua di una risaia e da un ratto catturato nella località, gli OO. sono riusciti ad isolare tre ceppi di una leptospira, che chiamano tipo « Merzano », la quale si dimostra differente dalle altre specie di leptospire patogene per l'uomo, individuate in Europa. *Il Segretario*: T. PONTANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Dischi intervertebrali protrusi con una nota riguardante l'ipertrofia del legamento giallo.

I. G. Love (*The Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 2 dicembre 1939) dopo aver citato i dati della Clinica Mayo degli anni 1935, 36 e 37 da cui risulta che nell'1,8 % dei casi di dolori lombari fu fatta la laminectomia per protrusione di dischi intervertebrali, espone i risultati di 300 casi operati in cui fu fatta quella che egli chiama un'operazione radicale per la sciatica.

La protrusione del disco dà dolore lombare e sciatico, spasmo dei muscoli lombari, Lasègue e Körnig presenti, dolore sciatico, diminuzione o assenza del riflesso achilleo, elevazione del contenuto in proteine del liquor, restringimento del IV o V spazio lombare.

Con questa sintomatologia egli ha operato 10 casi senza fare un esame radiologico e Craig ne ha operati 27, tutti confermati nella diagnosi dall'intervento chirurgico. Ciononostante il mezzo diagnostico più sicuro rimane l esame radiologico con mezzo di contrasto (lipiodol).

Su 300 casi operati solo 12 presentavano ipertrofia del legamento giallo.

L'intervento da farsi nella protrusione del disco è la laminectomia, che dev'essere più corta possibile ma sufficiente per un'esplorazione (per lo più si devono asportare due lamine).

In molti casi l'A. fa quello che egli chiama una laminectomia parziale (asportazione dei margini delle lamine al disopra e al disotto dell'interspazio in cui c'è la protrusione). Una volta gli riuscì di estrarre il disco protruso senza intaccare l'osso. La resezione del legamento giallo ipertrofico permette l'esposizione e la rimozione del disco con completa liberazione della radice nervosa compressa.

Dopo l'intervento il malato va attentamente seguito. La comparsa di difficoltà nei movimenti delle dita dei piedi è segno che c'è una emorragia post-operatoria. L.

Retropulsione del nucleo polposo.

Su questo argomento ha pubblicato una rivista critica S. Pappworth (*The Brit. Medic. Journ.*, 25 novembre 1939), proponendosi di risolvere vari problemi inerenti ad esso.

Il primo problema da discutere è se possiamo veramente ammettere che la retropulsione del nucleo polposo provochi i sintomi che le sono attribuiti. Che la retropulsione esista è cosa certa: Antone, collaboratore di Schmorl, la trovò nel 15,2 % di tutte le colonne vertebrali esaminate. Si suppone che sia provocata da causa traumatica. Nelle varie statistiche questa causa è riportata in percentuale che oscilla fra 31 % e 80 %. Però Love e Camp non le dànno importanza.

L'età media in cui si verifica è attorno ai quarant'anni e anche questo dato fa dubitare dell'importanza del trauma.

Il sintoma fondamentale è il dolore, che ricorda la sciatica, però non compare colla compressione sulle radici nervose ed è intermittente. I riflessi tendinei raramente sono diminuiti. Invece c'è costantemente una modificazione del liquido cerebrospinale e precisamente un aumento del suo contenuto in proteine.

L'esame radiografico diretto non è di aiuto alla diagnosi. L'esame con lipiodol endorachideo mostra una deformazione del sacco durale e, per Love e Camp, un allargamento delle ombre delle radici nervose.

Non esistono segni fisici, neurologici od ortopedici che si trovino soltanto nella protrusione del nucleo polposo. Per questo la discussione diagnostica comprende la sclerosi multipla, la siringomielia, la neurite diabetica, i tumori.

Ammettendo che i sintomi siano provocati dalla retropulsione del nucleo, l'intervento da fare è la laminectomia? Il problema non è ancora risolto e la mortalità alta che si ha per l'intervento chirurgico consiglia una grande prudenza nel porre l'indicazione.

L.

SEMEIOTICA.

Il significato dei reperti urinari nei bambini tubercolosi.

A. Aicham (*Zeit. f. Tuberkulose*, ottobre 1939) fa rilevare l'importanza dell'analisi sistematica di urina nei bambini tubercolosi. Sono relativamente frequenti in essi le complicazioni aspecifiche della vescica e dei reni, come pure delle irritazioni renali tossiche. Tali alterazioni, non ostante la loro benignità, esigono un trattamento, specialmente in forma di una dieta blanda ed ipoclorurata.

Di gran lunga più importante è l'accertamento tempestivo di una tubercolosi renale, da curarsi seriamente, tenuto conto della grande importanza che essa ha sulla sorte del bambino. Tale reperto è più frequente di quanto si ammette di solito, anche nella tubercolosi osteoarticolare.

L'A. ha osservato sicuramente in 4 casi l'eliminazione urinaria di bacilli di Koch, senza che — entro un periodo di osservazione di 3-6 anni — si sia resa manifesta una tubercolosi renale. Non è però possibile l'affermare che il rene sia rimasto intatto o — secondo l'opinione di Wildbolz — non vi sia stata una nefrite tubercolare.

fil.

TECNICA MEDICA.

Conservazione di plasma per trasfusione.

Nello shock diminuisce la proteina plasmatica, mentre la concentrazione percentuale delle emazie e dell'emoglobina aumenta. Invece nell'emorragia si ha diluizione del sangue con conseguente diminuzione delle emazie e dell'emoglobina. Quando si hanno shock ed emorragia insieme si ha un'azione in due sensi diversi che si neutralizzano quasi, per cui l'interpretazione dei reperti ematici diventa difficile.

Nei casi di shock è quindi controindicata la trasfusione di sangue totale ed in generale basta il plasma solo.

Si adoprerà plasma di gruppo O (cioè di donatore universale), ricordando però che il plasma conservato non si mantiene per più di 4 settimane, a meno che non si rimetta subito questo sangue in ghiacciaia.

Sebbene il sangue del gruppo O non contenga agglutinogeni A e B, quindi non è agglutinabile con altri sieri umani, il siero del gruppo O può contenere le agglutinine α e β anche ad alte concentrazioni e quindi rapidamente agglutina le cellule dei gruppi A B, A e B.

E. H. Koerner (*The Lancet*, 18 novembre 1939) ha fatto degli esperimenti per vedere se il sangue di gruppo O conservato nelle condizioni attualmente standardizzate contiene ancora agglutinine capaci di provocare serie reazioni. Egli trovò che queste agglutinine esistevano ancora dopo lunga conservazione in ambiente freddo. Per ovviare agli eventuali inconvenienti egli consiglia di provare se una diluizione di 1 a 50 agglutina le cellule del ricevente quando il ricevente è di un gruppo diverso dall'O. L.

TECNICA RADIOLOGICA

La diagnosi di proporzione del disco-intervertebrale mediante iniezione endorachidea di aria.

La mielografia mediante aria è un ottimo mezzo per la diagnosi di proporzione del disco intervertebrale. W. E. Chamberlain e B. R. Young (*The Journ. of the Amer. Medic. Ass.*, 2 dicembre 1939) ne hanno fatte 300. Il mezzo usato è innocuo. La tecnica dipende dal livello della lesione. Se si presume che la lesione si trovi al disotto della 3ª vertebra lombare il paziente si pone in decubito laterale con la parte del tavolo su cui poggia la testa abbassata ad angolo di 20-25 gradi. La puntura lombare si fa al II spazio lombare e si sostituiscono con aria i 5 cc. di liquor che si tolgono, volta per volta, giungendo fino a 40-50 cc. complessivamente. Se la lesione è al disopra della III vertebra lombare, si punge al terzo spazio lombare con paziente in posizione orizzontale e si fa la manovra di Queckenstedt. Se questa manovra dimostra l'esistenza di un blocco, la quantità di liquor che si estrae oscilla fra 3 e 6 cc. Allora si mette il paziente in posizione seduta e si esamina ai raggi.

Se la prova di Queckenstedt è negativa si può introdurre l'aria tanto per puntura lombare quanto per puntura della cisterna.

Per l'esame in corrispondenza della colonna cervicale si fa o la puntura della cisterna in posizione di Trendelenburg o la puntura lombare con completo drenaggio del liquor come per l'encefalografia. L.

POSTA DEGLI ABBONATI

Tinture per capelli. All'abbonato n. 3404 (I):

A parte i fenomeni di saturnismo che talvolta si verificano in seguito all'uso di tinture contenenti sali di piombo (si citano persino casi letali) e che possono osservarsi anche sull'apparato visivo (*amaurosi da piombo*), le reazioni più note si hanno sulla pelle, sopratutto per intolleranza verso l'acido pirogallico e la parafenilendiamina. Quest'ultima sostanza è fra le più nocive e nei casi gravi può dar luogo a dermatiti accompagnate da intossicazione generale dell'organismo con successivi stati di astenia, i quali possono durare anche per alcuni mesi.

L'acido crisofanico, che è la base di alcune tinture per rendere biondi i capelli, può avere un'azione irritante sulle congiuntive.

V. MONTESANO.

VARIA

L'anchilostomiasi quale mezzo curativo.

Duvoir, Brumpt, Pollet e Chenebault hanno comunicato, alla « Société médicale des hôpitaux » di Parigi, un tentativo di cura della poliglobulia, mediante il conferimento dell'anchilostomiasi. Sono stati indotti a tale esperimento dal potere anemizzante di questa parassitosi.

L'esperimento riguardò un soggetto 37enne, con 8 milioni di emazie per mmc. e con tensione arteriosa di 170-110 mm. Dopo aver conferito la parassitosi, le emazie si ridussero, in 3 mesi, a 3.500.000 e la pressione arteriosa a 130-80.

Dopo somministrazione di antielmintici, le emazie aumentarono a 6 milioni in 4 mesi.

Questo trattamento biologico sembra destinato ad applicazioni interessanti. Il pericolo di diffusione dell'anchilostomiasi non esiste nei paesi temperati, poichè le larve non possono evolvere nell'ambiente.

(Dal *Siècle Méd.*, 1° marzo 1940).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. SEGA e L. LANDI. *La glicemia nei bambini sani in rapporto al bagno ed all'esposizione al sole all'inizio e durante il soggiorno al mare.* Tip. A. Cordani. Milano 1939.

G. MIRONE. *Voluminoso fibroma pendulo della spalla in soggetto con fibromatosi diffusa.* Off. Grafica Moderna. Catania 1939.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici inerenti al funzionamento della vita familiare.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai sigg. Prefetti del Regno e al Governatore di Roma la seguente circolare n. 23 in data 26 febbraio 1940-XVIII:

Risulta che le disposizioni impartite con la Circolare 4 dicembre 1939, n. 20300.20/74479 non sono state ovunque interpretate nella loro giusta portata.

Le EE. VV. sono pregate, intanto, di curare che presso tutti gli uffici comunali di igiene siano predisposti i servizi occorrenti (locali per le visite, registri per le necessarie annotazioni, personale sanitario incaricato della visita in parola) e fatti conoscere, con pubblico avviso, i giorni e le ore delle visite.

Per quei comuni che non abbiano l'Ufficio d'Igiene attrezzabile in modo da poter ben provvedere a tutti gli esami, occorrerà prendere accordi con i dirigenti dei servizi tecnici, di cui alla predetta Circolare (laboratori provinciali di igiene e profilassi, dispensari antitubercolari, dispensari antivenerei e, in genere, tutti gli altri ambulatori medici dipendenti da enti o istituti pubblici). Giova ricordare in proposito che gli esami supplementari, speciali, sia clinici che di laboratorio, devono essere eseguiti soltanto nei casi in cui l'esame clinico o i dati anamnestici o speciali segnalazioni, li facciano ritenere indispensabili. Per la diagnosi delle malattie sessuali, ad es., l'esame dei genitali, deve farsi solamente quando vi sia fondato sospetto di uno stato morboso.

Si prega di comunicare quanto sopra agli enti interessati, favorendo, intanto, un cenno di assicurazione. *Pel Ministro*: PETRAGNANI.

Cronaca del movimento corporativo.

Riunione di medici della mutualità.

Ha avuto luogo recentemente presso la Federazione nazionale fascista Mutue malattie dell'agricoltura una riunione di medici.

La riunione ha rivestito una notevole importanza, perchè ha voluto esaminare dal punto di vista tecnico e pratico tutte le possibilità di realizzare un ulteriore allargamento ed un maggior rafforzamento delle attività mutualistiche in favore degli agricoli e delle loro famiglie.

Il cons. naz. Vincenzo Lai, Presidente della Confederazione dei lavoratori dell'agricoltura, all'inizio dei lavori, ha portato ai convenuti il caloroso e grato saluto della famiglia dei lavoratori della terra. Ha con vivo compiacimento rilevata la presenza assai gradita di un autorevole rappresentante del Sindacato nazionale fascista dei medici. Quindi, sotto la presidenza del cons. naz. avv. Vito Palermo, presenti: i proff. Salotti rappresentante del Sindacato nazionale fascista dei medici e il prof. Buffa, Capo dei servizi assistenza e previdenza della Confederazione fascista lavoratori dell'agricoltura, si è dato svolgimento all'ordine del giorno.

Il direttore della Federazione avv. Savoini si è dichiarato lieto delle possibilità di prendere contatto coi suoi collaboratori tecnici e di impartire loro alcune direttive per la realizzazione più completa ed efficace delle mète che la mutualità si è prefissa per l'anno XVIII.

La funzione squisitamente sociale dei medici fiduciari delle Mutue è stata ampiamente illustrata e si è affermato il distacco sempre più marcato della mutualità di malattia per gli agricoli, dalla tecnica assicurativa tradizionale, orientandosi verso la realizzazione del principio fascista dell'assistenza totale al lavoratore ed alla sua famiglia.

Durante le tre laboriose riunioni tutti i partecipanti hanno avuto l'opportunità di esprimere il loro pensiero sui molteplici argomenti in discussione, e di dare il loro contributo di studiosi e di esperti in questo settore della politica sociale fascista.

Il Convegno ha così precisato su ciascun problema il proprio concorde punto di vista.

Nel campo degli studi: 1) rilevare l'influenza del lavoro agricolo sulle condizioni fisiche dei lavoratori; 2) studiare, in collaborazione con la clinica, le forme patologiche che colpiscono in prevalenza gli agricoli, e stimolare il perfezionamento delle cure per un più rapido e completo ritorno del lavoratore infermo all'idoneità fisica ai fini del lavoro; 3) definizione dei limiti della cronicità delle forme patologiche e delle forme di invalidità; 4) studio della patologia comparata del rurale e degli animali domestici a suo contatto.

Nel campo della collaborazione sindacale: 1) creazione di centri provinciali e commissioni consultive miste per lo studio della patologia del rurale, la collaborazione degli Enti ospitalieri ecc.; 2) indirizzo della funzione dei medici fiduciari; 3) concessione di premi speciali ai medici fiduciari più diligenti; 4) compensi ai medici ospedalieri.

Nel campo delle prestazioni: 1) istituzione dei poliambulatori nei centri dell'Italia Meridionale e delle Isole, nei quali la necessità di essi è sentita; 2) pacco ostetrico a tutte le agricole che diventano madri; 3) ricovero per puerperio in tutti i casi in cui se ne presenta la necessità; 4) intensificazione dell'assistenza alle mondine, in collaborazione coi rappresentanti del P.N.F.; 5) disciplina dei ricoveri d'urgenza e di quelli in osservazione; 6) ricovero di tutti i lavoratori colpiti da trauma che comporta frattura di un arto; 7) disciplina dei ricoveri dei lattanti.

Nel campo degli accordi di carattere sindacale: 1) accordo con la Federazione nazionale fascista casse infortuni per determinare quali lesioni e malattie sono da considerarsi o meno infortuni, in modo da ridurre il numero delle contestazioni, che possono togliere al lavoratore la fiducia nell'opera degli Istituti assicuratori; 2) regolamentazione nazionale delle rette di degenza; 3) accordo con la Croce Rossa per il trasporto ammalati; 4) regolamentazione dei rapporti coi Comuni per le spedalizzazioni per malattie infettive e per le prestazioni farmaceutiche.

Nel campo della pratica mutualistica: 1) perfezionamento della certificazione medica; 2) obiettività della prognosi a fine malattia; 3) perfezionamento dei modulari; 4) intensificazione dei ricoveri ospitalieri nell'Italia meridionale e nelle Isole. Migliore regolamentazione degli stessi nell'Italia settentrionale per evitare abusi.

Le riunioni hanno avuto inizio e conclusione col saluto al Duce, animatore di ogni attività fascista.

(Da « La Mutualità Rurale Fascista », gennaio 1940-XVIII).

Il riscatto degli anni universitari per i medici condotti.

Il riscatto degli anni universitari e dei servizi civili e militari, impossibile ad essere effettuato dai medici anziani per l'entità della somma da versare, per converso è assolutamente consigliabile per i giovani medici con pochi anni di servizio, perchè il servizio riscattato è utile ad ogni effetto.

In tali condizioni il riscatto ai fini della pensione risulterà vantaggioso tanto più che se non sarà possibile il riscatto con un solo pagamento, per mancanza della somma necessaria, è consentito il pagamento a rate, anche in un periodo di anni doppio a quello degli anni effettivamente riscattati.

È importante tenere presente che, in caso di morte del medico che ha in corso pagamenti rateali per gli anni di riscatto, il periodo riscattato sarà tutto computato a favore della vedova, senza obbligo di continuare i pagamenti delle rate successive, anche se scadute e pagate solamente in pochissime rate.

(Da « La Settimana Medica », 26 genn. 1940-XVIII).

MEDICINA SOCIALE

L'assistenza malattia ai familiari dei portuali.

Si ha notizia di importanti accordi intervenuti tra la Federazione dei lavoratori dei porti e la Federazione delle Casse mutue malattie dei lavoratori dell'industria, relativi alla assistenza malattia ai lavoratori ed impiegati delle compagnie portuali. Tali accordi riguardano altresì i famigliari dei portuali e degli impiegati delle compagnie ai quali è stata estesa l'assistenza senza aumentare i mutui attuali. Era desiderio della Federazione dei lavoratori dei porti che la suddetta estensione avesse applicazione col 1° febbraio corr. anno, senonchè per ragioni di organizzazione di questi supplementari servizi, non potendo materialmente la Direzione delle Casse mutue trovarsi in condizioni di attuarli sotto la suddetta data, si è ritenuto opportuno rinviare l'inizio dell'assistenza dei portuali; essa sarà identica a quella concessa agli operai della industria, così come previsto dallo statuto tipo.

I ricoveri in ospedali e gli interventi chirurgici dovranno essere autorizzati volta per volta dalla Federazione delle Casse mutue portuali.

Circa l'assistenza ai familiari, si sa che dal 15 del mese di marzo alla Federazione delle mutue viene affidata anche l'assistenza ai familiari degli iscritti, lavoratori e impiegati delle compagnie portuali già in atto.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. Prefetture

Condotte mediche:

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Agrigento, il numero dei posti è ridotto a 7; scad. 30 apr.;
Arezzo, per 3 posti; scad. 31 marzo, ore 12;
Avellino, per 8 posti; scad. 30 apr.;
Bari, per 3 posti; scad. 30 apr., ore 18;
Benevento, per 2 posti; scad. 30 apr.;
Caltanissetta, per 1 posto; scad. 15 apr.;
Enna, per 2 posti; scad. 30 apr., ore 18;
Foggia, per 5 posti; scad. 30 apr.;
Istria, per 3 posti; scad. 30 apr.
Littoria, per 1 posto; scad. 30 apr., ore 18;
Macerata, scad. 31 marzo;
Mantova, per 11 post, di cui 1 nel capol.; scad. 30 apr., ore 18;
Napoli, per 17 posti, di cui 2 nel capol.; scad. 30 apr., ore 12;
Parma, per 3 posti; scad. 30 apr.;
Pesaro, per 8 posti; scad. 31 marzo;
Pisa, per 9 posti, di cui 2 nel capol.; scad. 15 apr., ore 18;
Reggio Emilia, per 9 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Rieti per 17 posti; scad. 30 apr.;
Sassari, per 5 posti; scad. 31 marzo, ore 19;
Siena, per 6 posti;
Teramo, per 4 posti; scad. 31 maggio.
Torino, per 7 posti;
Varese, per 9 posti; scad. 30 giugno;
Vicenza, per 15 posti; scad. 31 marzo.

Laboratori provinciali d'Igiene Profilassi (Sezione med.-micrograf.):

Istria, per assistente; scad. 30 marzo;
Novara per coadiutore; scad. 30 apr.;
Padova, per uff. sanit. in 11 consorzi intercomunali; scad. 31 marzo (il Decreto recante le condizioni dovrà essere richiesto alla Casa editrice pei Comuni di Padova, via S. Francesco 21).
Pisa, per vice direttore e per medico addetto all'Ufficio di Pisa; scad. 1° maggio.
Reggio Emilia, per coadiutore; scad. 30 apr., ore 18;
Rieti, per assistente; scad. 30 apr.
Varese, per coadiutore; scad. 30 agosto.

Dispensari antivenerei:

Agrigento, per Licata; scad. 30 apr.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

Ospedali

Le scadenze di tutti i concorsi ospedalieri sono prorogate al 31 marzo.

Cosenza. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Tre medici dispensariali (per le Sezioni di Castrovillari, Paola e Rossano); L. 5400 oltre 1900 serv. att.; è ammesso il libero esercizio. Tassa L. 50. Scad. ore 12 del 31 marzo.

Piacenza. *Ospedale Civile.* — Assistente di chirurgia L. 5500 oltre L. 1000 serv. att., c.v.; scad. 31 marzo, ore 18.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Concorso per titoli ed esami a tre posti di assistente medico presso il Laboratorio di micrografia e batteriologia dell'Istituto di Sanità Pubblica (grado 9°) con l'annuo stipendio di L. 14.700 e il supplemento di servizio attivo di L. 3.100. Età massima a. 30 s.e.l. Sono escluse le donne. Impegno a prestare servizio anche nei territori dell'Impero. Scadenza 31 marzo 1940.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Il termine per la presentazione delle domande, e relativi documenti, per l'ammissione ai concorsi, per titoli ed esami, a 81 posti di tenente medico, in servizio permanente effettivo, di cui al decreto ministeriale in data 31 ottobre-XVIII, pubblicato sulla « Gazzetta Ufficiale » del Regno n. 284 del 7 dicembre 1939-XVIII, è prorogato al 10 aprile 1940-XVIII incluso.

Per i candidati che si trovano in Albania, in Libia, nelle isole italiane dell'Egeo, nei territori dell'A.O.I. o all'estero, è data facoltà di presentare i prescritti documenti entro il 10 maggio 1940-XVIII, fermo restando l'obbligo di presentare la domanda nel termine del 10 aprile 1940-XVIII.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Primariato della seconda Divisione chirurgica; titoli ed esami; L. 6000 lorde e partecipaz.; scad. ore 18 del 15 aprile; età limite 45 a.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Autarchia del medicamento.

Esito del Concorso a premi per complessive lire 50.000 indetto dalla Casa Carlo Erba S. A. fra i medici italiani per una Monografia sul tema « L'Autarchia nel campo del medicamento ».

La Commissione giudicatrice, composta dai professori: Domenico Cesa Bianchi, direttore Clinica medica R. Università di Milano; Giuseppe Sabatini, direttore Clinica medica R. Università di Genova; Adriano Valenti, direttore Istituto Farmacologia R. Università di Milano; Rodolfo Margaria, direttore Istituto Fisiologia R. Università di Milano; Eugenio Bajla, segretario, esaminati gli 81 lavori dei concorrenti, non ha creduto di poter assegnare il primo e il secondo premio. Il terzo premio è stato conferito al dottor Gaetano Lisi di Napoli. L'ammontare del secondo premio è stato ripartito in assegni di incoraggiamento ai dottori: Corrado Corradini, Piero Sangiorgi, Virgilio Ferrari di Milano, Maria Gioia di Tunisi.

L'ammontare del primo premio (L. 25.000) non aggiudicato, conforme le disposizioni del bando, è stato devoluto alla Cassa di Assistenza del Sindacato Nazionale dei Medici.

La Commissione ha espresso il proprio vivo compiacimento per la opportuna patriottica iniziativa della S. A. Carlo Erba, che ha destato tanto interesse nella classe Medica, come è dimostrato dal numero dei concorrenti, e che è valsa a dar calore e valore a studi, proposte, propositi e programmi che non resteranno infecondi ai fini del raggiungimento di un nobilissimo scopo: quello di conquistare l'autarchia del farmaco.

Libere docenze.

Nella sessione 1939-1940 hanno conseguito la libera docenza i seguenti candidati per le materie affianco segnate:

Anatomia ed istologia patologica: Aragona Paola, Carere Comes Orazio, La Manna Serafino, Mulazzi Gualtiero, Natucci Giuseppe, Tarro Emanuele;

Anatomia umana normale: Allara Enrico, Bagalà Giosofatto;

Clinica dermosifilopatica: Bertellotti Leopoldo, Ciani Mario, Fiocco Sereno, Guerrieri Tito, Miani Giacinto, Policaro Romiro Dante;

Clinica odontoiatrica: Benagiano Andrea, Cipparone Eugenio, Hoffer Oscar, De Fazio Mario, Perna Ernesto, Scarcella Perino Giuseppe, Tempestini Elio;

Farmacologia: Boriani Alberto, Donnini Alberto, Gaiatto Dante, Guidetto Ettore;

Igiene: Bruni Augusto, Chiarotti Cesare, Cimmino Aldo, Di Aichelburg Ulrico, Maccolini Roberto, Monaco Bruno, Tizzano Antonio.

Candidati che hanno superato gli esami e sono stati proposti per l'abilitazione alle libere docenze:

Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica: Austoni Benedetto, Benedetti Valentini Fabiano, Billi Amedeo, Capella Francesco, Chiatellino Antonio, De Blasi Alberto, Ettorre Enrico, Guerreri Gaetano, Romeo Mario, Ragnotti Ettore, Ruggieri Ettore, Trivellini Oscar Armando.

Clinica delle malattie nervose e mentali: Bergonzi Mario, Gastaldi Ermenegildo, Paleari Antonio, Platania Salvatore, Giuseppe Campailla.

Clinica ostetrica e ginecologica: Bentivoglio Franco, Chimenti Antonio, Guercio Francesco, Lucchetti Giovanni, Micale Guido, Minniti Giuseppe, Repetti Mario, Luisi Manlio.

Clinica pediatrica: Angelini Ludovico, Grassi Alberto, Malaguzzi Valeri Orazio, Rasi Francesco, Migliori Vittorio, Pontieri Francesco, Pouché Argeo, Luciani Pio.

Medicina del lavoro: Capelli Flaminio, Castrovilli Giuseppe, Mauro Vittorio, Vesce Carmine Antonio.

Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica: Banissoni Ferruccio.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

Il 52° Congresso della Società tedesca di medicina si terrà in Wiesbaden dal 6 all'8 maggio unitamente a quello della Società tedesca per lo studio della circolazione. I temi sono: « Circolazione e respirazione »; « Inizi delle malattie in dipendenza delle azioni ambientali »; « Febbre da fango ». La Società tedesca di ematologia si adunerà l'8 maggio a Wiesbaden; temi: « Trasporto e conservazione del sangue »; « Patogenesi e natura delle anemie ». Presidente dei tre congressi è il prof. Dietlen, il cui indirizzo temporaneo è: Reserve-Lazarett, Kreuznach, Germania.

Corsi di perfezionamento e di aggiornamento.

L'Istituto di Malariologia « Ettore Marchiafava » terrà dal 15 luglio al 31 agosto un corso per medici e dottori in scienze naturali; l'insegnamento comprende lezioni, dimostrazioni pratiche ed esercitazioni, visite di località malariche e di alcune bonifiche. Per essere ammessi gli aspiranti devono presentare 15 giorni prima dell'inizio del

corso: domanda in carta bollata da quattro lire diretta al direttore dell'Istituto ed i titoli di studi (laurea o certificati che attestino gli studi compiuti). Il numero degli allievi da ammettere sarà limitato dalla Direzione.

La tassa di iscrizione è di L. 100 più una quota di L. 100 per le gite di istruzione. Le spese di viaggio, vitto e alloggio nelle gite di istruzione sono sostenute dall'Istituto. Alla fine del periodo di insegnamento gli allievi possono ottenere il certificato del corso seguito o il diploma di esame

Un corso internazionale verrà svolto dal 15 luglio al 10 settembre; tassa L. 400; per escursioni facoltative L. 900.

Un corso di malariologia sarà tenuto anche in A.O.I., in epoca da precisarsi.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto, Policlinico « Umberto I », Roma.

L'Accademia viennese per il perfezionamento medico terrà una « Settimana medica » a Vienna, dal 13 al 19 maggio; i disserenti saranno nazionali e stranieri; diritto d'iscrizione 20 RM. Per il programma rivolgersi a: Sekretariat der Wiener Akademie für ärztliche Fortbildung, Alserstrasse 4, Wien IX (71).

Nell'Accademia berlinese di perfezionamento medico sono stati organizzati sette corsi (medicina interna per i chirurgi; ferite di guerra; oculistica; roentgenologia; ortopedia; ferite dento-mascellari; omeopatia), a partire dall'1 aprile. Rivolgersi alla: Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, Robert-Koch-Platz 7 (Kaiserin-Friedrich-Haus), Berlin NW 7.

I Consorzi benemeriti della IX Campagna antitubercolare.

Nella sede della Federazione nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi si è riunita la Commissione giudicatrice dei risultati della IX Campagna nazionale antitubercolare. Partecipavano alla riunione anche i rappresentanti del Ministero dell'Interno e della Croce Rossa Italiana.

Il Segretario della Federazione prof. Bocchetti ha fatto un'ampia relazione dell'attività svolta nelle provincie.

La Commissione ha poi preso atto con vivo compiacimento dei risultati finanziari della IX Campagna nazionale antitubercolare, nella quale sono aumentate di oltre un milione e duecentomila lire le offerte minute del popolo, sopratutto mediante una più larga diffusione del libretto di francobolli antitubercolari. Le somme totali così raccolte nella « Giornata delle Due Croci » e nella « Campagna del francobollo » sono risultate esattamente di L. 18.585.443,35.

La Commissione, nel graduare i meriti conseguiti dai Consorzi, ha premiato, nell'ordine, i Consorzi Provinciali antitubercolari di Fiume, Zara, Imperia, Bologna, Ferrara, Modena, La Spezia, Provincie della Libia, Campobasso, Aosta, Gorizia, Padova, Como, Genova, Trieste, Rieti, Savona, Venezia, Udine, Verona, Novara, Piacenza, Vercelli, Agrigento, Firenze, Palermo, Bari, Alessandria, Asti, Pisa, Salerno, Varese, Belluno, Enna, Mantova, Pola, Milano, Treviso, Viterbo, Foggi, Pavia, Trapani, Benevento, Littoria, e Grosseto.

La Commissione ha poi stabilito di assegnare nove diplomi di benemerenza ai seguenti Presidenti di Consorzi, che hanno dimostrato di avere sensibilmente e progressivamente migliorato la percentuale del ricavato nei confronti delle Campagne precedenti: Chieti, Reggio Calabria, Bari, Salerno, Udine, Pesaro, Catanzaro, Benevento, Asti.

Una missione medico-chirurgica in Tunisia.

È partito per la Tunisia il senatore prof. Alessandro Guaccero, direttore dell'Istituto di ortopedia di Bari e professore in quella R. Università, inviato in missione dal Ministero degli Esteri presso l'ospedale italiano di Tunisi per un ciclo di lezioni con dimostrazioni pratiche di chirurgia ortopedica.

Il prof. Guaccero, che l'anno scorso fu incaricato della stessa missione, è atteso con vivo interesse sia dal Corpo sanitario dell'ospedale, sia da tutta la popolazione tunisina. Egli durante la sua permanenza in Tunisia, opererà gratuitamente, come già fece l'anno passato, quanti abbiano bisogno, italiani e stranieri, della sua assistenza chirurgica.

Notizie sanitarie di guerra.

L'Esercito tedesco è stato dotato di un aeropago di medici specialisti, altamente reputati, i quali hanno per missione di assistere, con i loro consigli, i sanitari militari. Questi consulenti sono quasi tutti professori nelle Facoltà mediche. Essi si sono riuniti a Berlino, sotto la presidenza del generale medico prof. Waldmann, ispettore generale del Corpo sanitario militare. I consulenti chirurgi possono, eventualmente, assumere compiti attivi.

È arrivata in Finlandia un'ambulanza francese di 12 torpedoni a 100 posti, numerose sale operatorie e un reparto di radiologia; è diretta dal dott. Tageellinger, d'origine danese. L'Istituto Pasteur e gli ospedali francesi hanno fornito ingenti quantità di medicinali. Con l'ambulanza sono giunte quaranta persone, che si sono impegnate a restare in Finlandia fino al termine delle ostilità; sono tra esse due chirurgi e un radiologo.

La Croce Rossa Olandese ha deliberato d'inviare in Finlandia un'ambulanza, che deve funzionare dietro il fronte finnico, a 8 km. dal lago Ladoga. Ne fanno parte 3 chirurghi, 4 medici e 20 infermiere, sotto la direzione del dott. Winckel.

Si ha da Helsinki che il 5 marzo l'aviazione sovietica ha bombardato tre ospedali finlandesi, situati a molta distanza dal fronte. In uno di tali ospedali dieci degenti sono rimasti uccisi, mentre in un altro le vittime sono state quattro. In tutt'e tre i casi gli ospedali recavano sui tetti, ben vibili, gli emblemi della Croce Rossa.

In Francia i ministri dell'educazione nazionale e della guerra hanno precisato le condizioni in cui gli studenti mobilitati possono ottenere le iscrizioni nelle Facoltà. Fin dal 2° anno possono prendere delle iscrizioni per corrispondenza e poi sostenere gli esami come i colleghi non mobilitati. Se, però, lo studio non fosse possibile in tali condizioni, alla cessazione delle ostilità verranno attuate misure speciali di favore, affinchè essi si trovino, appena possibile, in condizioni d'uguaglianza con i colleghi non mobilitati.

In Francia gli ufficiali di riserva che abbiano sei figli possono essere rimandati nelle famiglie, mantenendo il loro grado. Restano a disposizione del Ministero della guerra.

Un po' dovunque.

Mentre questo fascicolo viene impaginato e va in macchina, si inizia in tutta Italia la campagna antitubercolare; se ne occupano ampiamente i quotidiani. Ne daremo notizie riassuntive nei prossimi numeri.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il Regio decreto 25 gennaio 1940-XVIII, n. 95, contenente modificazioni al R. decreto 26 settembre 1930-VIII, n. 1401, che approva gli elenchi delle imperfezioni e delle infermità riguardanti l'attitudine fisica al servizio militare.

Un corso complementare d'igiene pratica si svolge nel R. Istituto d'Igiene di Messina dal 15 marzo al 15 maggio; tassa L. 300; modalità consuete.

Il 31 gennaio una numerosa comitiva di medici e studenti dell'Ateneo pavese ha visitato l'Agro Pontino.

Il dott. Francesco Donati, medico condotto di Bologna, ha lasciato una sostanza di circa un milione; per disposizione testamentaria, essa è stata devoluta in massima parte al Ricovero di mendicità « Vittorio Emanuele II »; 200.000 lire sono state lagte all'Orfanotrofio di S. Luca.

Le signore Guglielmina Douglas e Laura Thomitz hanno donato 2.600.000 all'Opera dei Piccoli Cottolenghi di Don Orione, per la costruzione di un convalescenziario sulla collina del Capo Berta, in Liguria; la donazione è costituita da beni stabili esistenti a Torino e Diano Marina (Imperia).

La sig.ra Fagioli ved. Corneli ha legato all'Ospedale di Lecco un milione di lire, di cui 200.000 per la costruzione di un reparto ginecologico e 800.000 per un padiglione intitolato « Clinica del lavoro Pier Francesco Cornelio ».

L'ing. Paolo Bignami ha legato mezzo milione per la costruzione di un quarto padiglione nell'Ospedale di Codogno, il quale, per tal modo, sarà capace di 220 letti; il commissario prefettizio ha chiesto al prefetto l'autorizzazione che il nuovo padiglione sia intitolato al Bignami.

Il sig. R. Barbieri ha donato all'Università di Milano L. 100.000 per l'istituzione di una borsa di perfezionamento da intitolarsi al nome del dottor Antonio Barbieri e da conferirsi ogni biennio ad un laureato in medicina e chirurgia che abbia presentato il miglior lavoro di anatomia patologica, stampato o dattiloscritto.

A Varese il viale d'ingresso dell'ospedale psichiatrico provinciale è stato dedicato al compianto Ottorino Rossi, su proposta del direttore dell'Ospedale, prof. Flamberti, che del Rossi fu allievo devoto; la proposta è stata accolta dall'autorità comunale e da quella provinciale.

Si calcola che nelle evacuazioni per la guerra in Francia, l'1 % dei bambini siano andati perduti. L'associazione « Sauvons les mères et les bébés » dà ora indicazioni precise sul miglior modo per evitare questa sciagura (etichetta cucita ai vestiti, carta d'identità ecc.). Anche in Inghilterra, di 4000 ragazzi delle scuole elementari non si sa più nulla.

Il prof. Palmerino Liberatoscioli di Guardiagrele, per salvare la vita di certa Elisi Genoveffa, madre di numerosa prole, residente in contrada San Biase, affrontava a piedi le incognite del pauroso viaggio, camminando di notte, per 13 chilometri, sulla neve altissima. Dopo sei ore, verso la mezzanotte, giungeva appena in tempo per operare di parto l'infelice donna e arrestarne la gravissima emorragia.

La medicina italiana ha subito una gravissima perdita con la morte di EDOARDO MARAGLIANO. Del sommo clinico, Maestro e scienziato parleremo prossimamente.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M Courrier

Anno XLVII, 25 Marzo 1940 "IL POLICLINICO" Sezione Pratica N. 12
PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

(VOLUMI N. 41, 42 I, 42 II, 43, 44 DELLA COLLANA MANUALI DEL "POLICLINICO")

OPERA DEDICATA AL MAESTRO NEL SUO XXX ANNO DI INSEGNAMENTO DAGLI ALLIEVI

ASCOLI M. ROMA — BAGGIO G. CAGLIARI — BIANCHINI A. ROMA — BRANCATI R. PARMA — CERMENATI A. TERAMO — CHIASSERINI A. ROMA — CRAINZ S. ROMA — DOMINICI L. PERUGIA — FERRERI G. PERUGIA — GHIRON V. ROMA — GUSSIO S. CATANIA — JURA V. ROMA — LOZZI V. ROMA — MARINO-ZUCO C. ROMA — MATRONOLA G. ROMA — MINGAZZINI E. ROMA — PACETTO G. ROMA — PAGGI B. ROMA — STEFANINI P. ROMA — VALDONI P. ROMA.

PROSPETTO DELLA MATERIA TRATTATA NELL'OPERA

VOLUME PRIMO.

1. **Anestesie e anestetici** - Prof. *V. Ghiron*, Roma.
2. **Infezioni chirurgiche in generale e lora cura** - Prof. *V. Jura*, Roma.
3. **Chirurgia dei vasi sanguigni** - Prof. *V. Ghiron*, Roma.
4. **Chirurgia dei vasi linfatici e delle ghiandole linfatiche** - Prof. *V. Ghiron*, Roma.
5. **Chirurgia delle parti molli degli arti**: Pelle e suoi annessi; Sottocutaneo; Muscoli; Tendini - Prof. *G. Pacetto*, Roma.
6. **Chirurgia delle ossa**: Generalità; Malattie sistemiche dello scheletro - Prof. *P. Valdoni*, Roma; Malattie infiammatorie acute e croniche - Prof. *V. Jura*, Roma; Tumori e malattie parassitarie - Prof. *R. Brancati*, Parma; Fratture in generale e in particolare - Prof. *V. Ghiron*, Roma.
7. **Malattie scheletriche della crescenza** - Prof. *C. Marino-Zuco*, Roma.
8. **Chirurgia delle articolazioni**: Generalità - Prof. *P. Valdoni*, Roma; Flogosi acute - Prof. *V. Lozzi*, Roma; Flogosi croniche e tumori - Prof. *P. Valdoni*, Roma; Traumi delle articolazioni eccetto le lussazioni - Prof *V. Lozzi*, Roma; Lussazione in generale e in particolare; Anchilosi e contratture - Prof. *V. Ghiron*, Roma; Malattie di crescenza - Prof. *Marino-Zuco*, Roma.
9. **Deformità congenite e acquisite degli arti** - Prof. *C. Marino-Zuco*, Roma.
10. **L'indagine radiologica in chirurgia** - Prof. *A. Bianchini*, Roma.

VOLUME SECONDO (PARTE I).

1. **Chirurgia dell'orecchio** - Prof. *G. Ferreri*, Perugia.
2. **Chirurgia del naso e dei seni della faccia** - Prof. *G. Ferreri*, Perugia.
3. **Chirurgia del viso** - Prof. *S. Gussio*, Catania.
4. **Chirurgia dei mascellari** - Prof. *G. Matronola*, Roma.
5. **Chirurgia della bocca e della lingua** - Prof. *A. Chiasserini*, Roma; **Chirurgia delle ghiandole salivari** - Dott. *P. Stefanini*, Roma.
6. **Chirurgia della faringe e della laringe** - Prof. *G. Ferreri*, Perugia.

VOLUME SECONDO (PARTE II).

7. **Chirurgia del collo**: Malformazioni congenite; Malattie infiammatorie; Tumori - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
8. **Chirurgia della tiroide** - Prof. *M. Ascoli*, Roma; **Chirurgia delle paratiroidi** - Dott. *B. Paggi*, Roma.
9. **Chirurgia della mammella** - Prof. *R. Brancati*, Parma.
10. **Chirurgia del torace**: Pareti toraciche; Mediastino e timo - Dotto toracico; Esofago; Pleura - Polmoni; Cuore, pericardio e grossi vasi; Diaframma - Prof. *M. Ascoli*, Roma.
11. **Chirurgia dell'apparato genitale maschile**: Testicoli, deferente e scroto - Prof. *G. Matronola*, Roma; Vescichette seminali; Pene - Prof. *V. Lozzi*, Roma.
12. **Chirurgia dell'apparato genitale femminile** - Dott. *A. Cermenati*, Teramo.

Staccare . . . .

Signor LUIGI POZZI, editore — ROMA

Avendo preso conoscenza di quanto trovasi pubblicato nel MANUALE DI CHIRURGIA *dedicato al Prof.* ROBERTO ALESSANDRI, *da voi edito, come trovasi specificato qui sopra e nella pagina seguente, mi impegno, quale abbonato al vostro Periodico* ....

di acquistare una copia della intera opera al prezzo di sole Lire Trecentoottanta anzichè di L. 420 da potersi pagare, con un primo acconto di lire Centotrenta e le restanti L. 250 mediante dieci rate mensili di L. 25 ciascuna sino al completo saldo.

Pertanto vi invio contemporaneamente il mio primo versamento impegnativo di L. 130 e mi obbligo di pagarvi le rimanenti L. 250 in dieci rate mensili di L. 25 ciascuna, col rimettervi ogni mese mio relativo Vaglia Postale o Bancario o di versare mensilmente detto importo nel vostro Conto Corrente Postale N. 1/5945, fino alla totale estinzione del debito. (Coloro che preferissero ricevere i volumi pubblicati in pacco gravato di assegno del primo acconto di **L. 130 e delle relative tasse postali, all'uopo occorrenti,** ne scrivino l'autorizzazione a tergo della presente, nel posto riservato per le comunicazioni del mittente).

In mancanza del mio diretto versamento mensile come sopra, vi riconosco il diritto di riscuotere da me l'importo della rata mediante Tratta Postale aumentata delle occorrenti spese.

Per qualsiasi controversia e per tutti gli effetti degli obblighi che derivano dal presente mio impegno, eleggo il mio domicilio in Roma, presso il vostro Ufficio.

(Residenza, data e indirizzo ben chiari) ....

....

(Firma ben leggibile) .... *(Paternità)* ....

(Luogo e data di nascita) .... *)*

VOLUME TERZO.

1. **Chirurgia del cranio e dei tegumenti cranici** - Prof. *A. Chiasserini*, Roma.
2. **Chirurgia del cervello** - Prof. *A. Chiasserini*, Roma; **Chirurgia del midollo spinale** - Prof. *L. Dominici*, Perugia.
3. **Chirurgia dei nervi periferici** - Prof. *A. Chiasserini*, Roma.
4. **Chirurgia della colonna vertebrale** - Prof. *S. Crainz*, Roma.
5. **Chirurgia del bacino** - Dott. *P. Stefanini*, Roma.
6. **Chirurgia dell'apparato urinario**: Reni e ureteri; Vescica - Prof. *E. Mingazzini*, Roma; Prostata - Proff. *E. Mingazzini* e *V. Lozzi*, Roma; Uretra - Prof. *V. Lozzi*, Roma.

VOLUME QUARTO.

Chirurgia dell'addome:

1. Pareti addominali - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
2. Peritoneo - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
3. Ernie - Prof. *S. Gussio*, Catania.
4. Fegato e vie biliari - Prof. *L. Dominici*, Perugia.
5. Pancreas - Prof. *L. Dominici*, Perugia.
6. Milza - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
7. Stomaco - Prof. *G. Baggio*, Cagliari.
8. Duodeno - Prof. *G. Baggio*, Cagliari.
9. Intestino tenue e colon - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
10. Appendice - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
11. Retto e ano - Prof. *P. Valdoni*, Roma.

Prezzo della intera opera in quattro volumi, uno dei quali (il secondo) in due grosse parti, tutti rilegati in piena tela, di complessive pagg. 4300 con 2396 illustrazioni nel testo delle quali 106 in tricromia, L. **420** franco di porto in Italia, Impero e Colonie.

N. B. — *Esclusivamente agli abbonati al « Policlinico » od a qualsiasi delle altre nostre Riviste l'opera è ceduta per sole L.* **380** *anzichè L.* **420** **ed anche con la possibilità di pagarla gradualmente, ossia** *con un primo versamento di L.* **130** *all'atto della richiesta da farsi accompagnata dall'impegno scritto di versare le rimanenti L.* **250** *in 10 rate mensili da L.* **25** *cadauna, fino al saldo. Alla richiesta unire la fascetta comprovante la qualità di abbonato ad una delle nostre Riviste.*

Per l'Estero aggiungere, in ogni caso, L. 60 per le occorrenti maggiori spese postali di spedizione.

Il 1° pagamento di L. **130** *può essere anche versato nel nostro Conto Corrente Postale N. 1/5945 mediante l'apposito Bollettino che dall'Ufficio di Posta è fornito gratis, usando il quale si risparmia la tassa dell'ordinario Vaglia Postale.*

AVVERTENZA - L'impegno del pagamento dell'intero ammontare di L 380 (ridotto a tanto esclusivamente per gli abbonati a qualsiasi delle nostre quattro Riviste), **può essere stillato e sottoscritto nel predetto Bollettino postale.**

Riportiamo un altro dei tanti giudizi espressi pel nostro " Manuale di Chirurgia ":

« **È inutile ormai ripetere tutto il bene che di questo trattato è stato detto**; *con questi due volumi viene completata la parte speciale di esso: il volume che conterrà la parte generale, è atteso fra pochi giorni.*

Nei volumi pubblicati è compresa la chirurgia dell'orecchio, del naso, faringe e laringe e dei seni della faccia, **scritta magistralmente e con ricchezza di osservazioni personali da Ferreri**, *la chirurgia del viso* **redatta accuratamente dal Gussio**; *la chirurgia dei mascellari da* **Matronola**; *la chirurgia della bocca e della lingua da* **Chiasserini**; *Stefanini ha raccolto* **tutto quanto riguarda la chirurgia delle ghiandole salivari**; *Valdoni ha trattato* **in maniera completa la chirurgia del collo**; *Ascoli la chirurgia della tiroide, della parete toracica, del mediastino, del timo, pericardio, cuore, grossi vasi, esofago, dotto toracico, pleura, polmone e diaframma: studio questo dell'Ascoli* **veramente completo sotto ogni punto di vista e ricco di osservazioni sensate e di equilibrio**

Brancati ha redatto la chirurgia della mammella; Paggi quella delle paratiroidi, **capitolo nuovissimo che manca ancora nei comuni trattati**; *Matronola la chirurgia dello scroto, della vaginale e del testicolo; Lozzi la chirurgia delle vescichette seminali e la chirurgia del pene; Cermenati la chirurgia dei genitali femminili.*

*L'***Edizione**, *è, come ormai la Casa Ed. Pozzi ci ha abituati,* **splendida: vi sono delle tricromie che, oltre ad essere tipograficamente belle, sono tante piccole opere d'arte** ». (Da « *Rinascenza Medica* », 15 giugno 1934, Napoli). G. L.

Staccare ....

VOLUME XLVII Roma, 25 Marzo 1940 - XVIII Num. 12

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 166
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 196

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, ***senza tassa,*** nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

PROLUSIONI

Cuore e chirurgia.

(Conquiste e problemi).

Prof. G. CECCARELLI.

Prolusione al Corso di Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica presso la R. Università di Padova.

Ora è l'anno che la Facoltà Medica di Padova mi fece l'altissimo onore di indicarmi come meritevole di salire questa Cattedra tanto famosa.

Ed ancora non si è spenta nel mio animo la profonda emozione provata, ma viva rimane e si rinnova oggi, non dico eguale, ma di gran lunga più sentita, nella realtà concreta di questa, che vorrei chiamare la mia investitura ufficiale.

Se io vi dicessi che, nel tumulto dei mille sentimenti che mi riempiono l'animo, non vi è posto per un poco di compiacimento e forse anche per un po' di orgoglio, voi certo non mi crederesle o dovreste pensare che la mia è indifferenza e peggio ancora irriverenza per l'alto luogo da cui vi parlo.

Giacchè tanto nel lontano passato, quanto nel tempo più vicino e recente, la Cattedra di Clinica Chirurgica di questo antico, glorioso ateneo, ha tradizioni così celebrate da appagare le aspirazioni più alte e i sogni più ambiziosi.

Tradizioni accumulatesi per opera di una serie ininterrotta di Uomini di grande rilievo, Maestri insigni per altezza di ingegno, per vastità di dottrina e per capacità clinica, molti dei quali segnarono orme incancellabili nella storia della Chirurgia, che tanto deve alla Scuola di Padova, da Fabrizio d'Acquapendente a Edoardo Bassini.

Ond'è che nell'animo di chi deve assolvere la parte di continuatore, resta ben poco di orgoglio, ma sibbene subentra un senso di smarrimento e di sgomento, se valuta la pochezza delle sue forze per l'alto compito a cui è chiamato, e considera se saprà non certo avvivare, ma almeno tener accesa la fiaccola di gloria, che di mano in mano per lungo volgere di secoli viva e fulgida è giunta fino a lui.

Per questo la modestia, che è nella mia natura, deve diventare umiltà, e l'intelletto tendersi nella volontà fermissima di farsi capace a superare gli ostacoli.

Di dove trarrò il viatico che mi abbisogna?

Volesse il Cielo ch'io portassi meco qualche scintilla rubata agli altissimi ingegni, che nella scienza e nell'arte trassero a questa celebrata città di studi della mia Toscana.

Ma invece purtroppo il loro ricordo fa soltanto più grave il mio peso.

Forse qualcosa che mi giova porto dalla dolce terra dell'Umbria mistica e forte, dove, nell'aria tenue dei vesperi luminosi e sereni, par di sentire quasi tangibile, vivo e palpitante di serafico ardore lo spirito dei suoi Santi e dei suoi artefici e chiusa ancora nei palagi e nelle rocche la forza dei suoi guerrieri.

Forse è là che ho appreso l'umiltà che mi abbisogna ed ho cercato di fare puro il mio spirito perchè, mondo di ogni bassezza, sia degno di educare e sia vigile e pronto nel giuoco diuturno, rischioso, che noi giochiamo colla vita e con la morte.

Così fattomi ardito mi presento a Voi, Autorità Accademiche, Colleghi insigni, tra i quali annovero care amicizie di tempi lontani, lieto soltanto se potrò avere confermata la Vostra benevolenza e se potrò conquistare la Vostra stima ambitissima.

Mi presento a Voi, camerati che dentro e fuori l'ateneo vivete e lavorate nella regione su cui esso irradia da secoli la sua sapienza, perchè vogliate considerarmi con fraternità, giacchè io conosco — per averle vissute — tutte le spine, le amarezze e le gioie così dei più umili come dei più fortunati e a tutti voglio che giunga il mio affettuoso, cameratesco saluto, con l'augurio della più cordiale e fattiva collaborazione.

Voi miei assistenti, collaboratori carissimi, potete credere che non ho altra ambizione se non quella di potervi guidare per la dura e lunga strada che avete intrapreso, finchè ciascuno possa toccare la meta che si è prefissa e che merita; e perciò bisognerà lavorare duramente in perfetta comunione di intenti e di opere.

E ancora il mio saluto fatto di alta stima e di cordiale amicizia, vada al collega Fasiani, che mi ha preceduto in questa Cattedra dove ha lasciato l'orma della sua alta personalità di scienziato e di chirurgo.

In un momento così memorabile e solenne della mia vita, non posso fare a meno di riandare col pensiero il cammino percorso e non certo per vano compiacimento, ma perchè l'animo riconoscente vuole ricordare chi mi dette incitamento e consiglio; Maestri insigni ed amici cari, per i quali non vi è limite di gratitudine.

Fra tutti permettetemi di ricordare il mio Maestro Carlo Righetti, che volle fare di me quel poco che so e posso, e mi educò all'arte e alla vita, facendomi dono dei grandi tesori del suo ingegno di clinico eminente e del suo animo fatto di onestà e fermezza. E con lui Guido Ferrarini, Cesare Sacerdotti, Francesco Pentimalli, che mi indirizzarono negli studi biologici e Armando Businco che mi fu consigliere fraterno.

Ma anche a costo di peccare di fanciullagine dovete consentirmi di mandare un pensiero fatto di infinito affetto alla mia piccola madre, che per tanti anni ha saputo restare sola e lontana, tutto soffrendo perchè nel mio cammino io fossi sciolto da ogni laccio che il suo affetto poteva tendermi.

Nel mio lungo e potrei dire faticoso andare ho fatto sosta in borgate e in villaggi, in città e in metropoli; ho fatto tesoro di ogni esperienza, mi sono dissetato ad ogni fonte, che mi desse vigorìa di sapere, e fede nella bellezza della nostra missione.

Per ogni luogo ho il mio debito:

Firenze e Pisa prima; poi Bari che mi diede il crisma accademico e Perugia dove ho mosso i primi e gli ultimi passi della mia carriera e dove ho avuto manifestazioni così commoventi di affetto e di amicizia che rimarranno indimenticabili.

Ed eccomi a voi studenti:

Chi non segue da vicino gli sviluppi della nostra disciplina, forse non si è reso conto della grande importanza che va assumendo, anche per noi chirurghi, la Patologia del cuore e con essa dei grossi vasi sanguigni: 1) sia per i legami che corrono tra funzione cardiaca e condizioni permittenti o meno un atto operatorio; 2) sia per quel complesso di accorgimenti e di cure che tendono a migliorare le alterazioni cardiache e circolatorie prima e dopo l'intervento; 3) sia infine per le possibilità che offre la chirurgia nel trattamento stesso delle cardiopatie con interventi, i quali negli ultimi anni si sono brillantemente affermati, e meritano la più viva attenzione degli studiosi.

Che la funzione del cuore rappresenti per il chirurgo un assillo e un fattore fondamentale di successo spesso assolutamente decisivo, è noto, e potremmo aggiungere che la sua importanza è forse anche esagerata dagli infermi, e talvolta da noi stessi, se è vero, come è stato detto, che il cuore è forse il più resistente degli organi.

Data la frequenza delle cardiopatie e a quanto sembra, la loro tendenza ad aumentare, il problema della capacità di riserva del cuore va assumendo pertanto una importanza sempre più notevole perchè aumenta di continuo il numero degli infermi cardiopatici che chiedono di beneficiare dei progressi della chirurgia, mentre diventa perentoria da parte nostra la necessità di proporzionare indicazioni e condotta operatoria allo stato delle loro condizioni.

Ma siamo noi sempre in grado di rispondere a quei malati, che alla vigilia di una operazione domandano se il loro cuore è capace di sopportare l'intervento?

Domanda altrettanto frequente quanto assai spesso imbarazzante se consideriamo che l'atto operatorio rappresenta un peso di portata non sempre valutabile, anche perchè è dominato dall'imprevisto.

La risposta naturalmente è facile nei cardiopatici scompensati o comunque in condizioni allarmanti, nei quali qualsiasi intervento è controindicato, a meno che non si debba eseguire una operazione di urgenza in condizioni disperate.

Se mai l'opera del chirurgo potrà essere richiesta per curare la cardiopatia stessa come si dirà più oltre.

Ma tranne questi casi gravissimi fino a che punto è lecito negare il sussidio chirurgico, quando esista un funzionamento anormale del cuore? Posto che il nostro scopo è di allargare per quanto è possibile i limiti di operabilità quando la nostra azione risulti enormemente legata da una menomazione qualsiasi dell'apparato cardiovascolare, non bisogna sforzarsi di dominarla?

L'allarme creato da una irregolarità del polso di un bambino, diceva Vaquez, è spesso espressione di una aritmia respiratoria, mentre in un adulto si può trattare di una aritmia extrasistolica. In entrambi i casi non c'è nessuna controindicazione all' operazione; tali aritmie scompaiono durante la narcosi per ricomparire dopo di essa. Ma se l'aritmia rappresenta per esempio un corollario di lesioni valvolari o miocardiche, non si può certamente prendere alla leggera e bisogna cercar di conoscere quali saranno le risorse funzionali del cuore al momento e dopo l'operazione chirurgica, benchè Vaquez ritenga che l'aritmia completa, ancorchè espressione di lesioni valvolari e miocardiche, non costituisce controindicazione all'intervento. Ritenendo, semmai, più impressionante la bradicardia per dissociazione auricolo-ventricolare, che spesso si conclude purtroppo con la sincope.

Così pure si è detto, e la pratica quotidiana lo conferma, che lesioni valvolari e malformazioni cardiache, purchè non abbiano dato luogo a sintomi di collasso del cuore, non costituiscono motivo di controindicazione. Altrettanto vale per la ipo- e ipertensione arteriosa e per l'angina pectoris, che non debbono essere considerate capaci di sottrarre sistematicamente il malato all'atto operatorio.

Comunque è certo che non si può chiudere, come si è cercato di fare (Vaquez), in formule di valore generale quella che è l'infinita gamma delle variazioni individuali, in rapporto anche alla diversa entità della lesione per la quale l'intervento è richiesto, alle concomitanti alterazioni di altri organi e così via, condizioni tutte delle quali qui non è il caso di discorrere.

Ma intanto per rispondere alla domanda dell'ammalato, che spesso è poi anche la nostra, dovremo poter disporre di mezzi d'indagine che ci forniscano la esatta misura della capacità di resistenza dell'apparato circolatorio.

Possediamo tali mezzi, se non precisi almeno sufficienti per questo scopo? E come possiamo premunirci da quelle insufficienze che esplodono improvvisamente sulla base di lesioni latenti ignorate anche perchè permettono un tenore di vita perfettamente normale e magari faticoso?

Un cumulo di problemi relativi alla preparazione dell'operando, alla anestesia, ai limiti nei quali dovremo mantenere l'intervento per renderlo sopportabile, si affollano allora alla nostra mente ed esigono una soluzione.

Si considerino i casi che richiedono come unica salvezza un atto operativo immediato che non dà tempo e modo a ricerche, quelli nei quali, per le sue condizioni, l'infermo non può essere sottoposto a prove cliniche che implicano movimenti, fatiche, ecc. e si comprenderà quanto il Chirurgo rimanga troppo spesso incerto sulla risposta, che un cuore tanto più potra dare al momento e dopo l'atto operatorio.

Purtroppo però anche nelle condizioni più favorevoli di ricerca clinica la risposta funzionale del cuore può non essere esatta.

Mentre per altri visceri, la cui funzione in rapporto alla resistenza ad un atto operatorio è altrettanto fondamentale di quella cardiaca, si posseggono prove funzionali di grande rendimento, capaci di svelare scarti anche piccoli dalla norma, e siamo in grado di prevedere quanto può gravare un deficit funzionale sulla resistenza operatoria, (e ciò vale essenzialmente per la funzione del rene), per quanto si riferisce alla funzione cardiaca le nostre conoscenze non sono altrettanto sicure.

Or è qualche anno, la questione delle indagini cardio-vascolari, volte a stabilire la resistenza dell'operando, fu discussa ampiamente in un nostro Congresso, ma la questione rimase insoluta e da quell'epoca non si sono fatti molti passi per risolverla.

La esistenza di una cardiopatia, che per l'internista ha valore più che altro qualitativo, nel senso che a lui preme di stabilire se in un dato individuo esistono deviazioni dalla norma, e di quale importanza sono, per proporzionare prognosi e trattamento, per noi chirurghi ha invece valore quantitativo nel senso che ci preme di conoscere non tanto, o almeno non soltanto la esistenza e natura della lesione, quanto il deficit funzionale del viscere e le sue disponibilità di resistenza e di lavoro.

Non è naturalmente di competenza del chi-

rurgo, ma dell'internista entrare a discutere del valore delle prove volte a stabilire la capacità funzionale cardio-vascolare; certo è però che il numero veramente notevole dei metodi di esame funzionale del cuore, è indice delle loro manchevolezze, siano metodi fondati sulle variazioni di volume del cuore (metodi di Livierato, Farmachidis, Minerbi, Loeper-Duboi-Wagner) o su reperti vasali in relazione alle variazioni della frequenza ed al ritmo del polso (polso ortostatico, prova di Gallavardin, Herz) come su variazioni della pressione arteriosa e frequenza del polso (Katzenstein-Cardarelli, Meldolesi e Milani) oppure sullo studio della velocità di circolazione (metodo di Leschke, metodo Winterniz-Deutsch-Brün; metodo Wolhein).

Alcune di queste prove, come quelle di Cardarelli-Katzenstein e di Varisco hanno dato risposte molto attendibili per la valutazione della capacità o meno del miocardio a sopportare un grave atto operatorio.

Altre, messe al vaglio di un controllo in soggetti sottoposti a interventi chirurgici, han dato risultati molto incerti e contraddittori e se c'è qualcuno come Frey, che asserisce per esempio di aver ottenuto indici di grande attendibilità dalla prova di Kauffmann, tanto che impiegandola largamente ha potuto vedere abbassarsi in maniera apprezzabiie la mortalità operatoria, altri invece non hanno creduto di potergli attribuire valore, perchè non è specifica per malati di circolo e fallisce spesso nei casi leggeri.

Da Lewis e Siebeck viene molto raccomandata una prova di fatica volta a stabilire le modificazioni delle pulsazioni e degli atti respiratori e il tempo necessario per il loro ritorno alla norma, dopo che l'operando ha salito per esempio un certo numero di scalini; e così pure essi consigliano di ricercare il tempo di apnea volontaria.

Forse con maggiore tranquillità ci potremmo affidare ai dati offerti dalle curve di pressione Mx e Mn ed al loro comportamento in condizioni diverse di attività.

Ma anche queste ricerche di cui è ben nota l'importanza fondamentale nella clinica, non hanno dato sempre risposte precise ai fini che ci proponiamo.

Bisogna chiedersi se tali risposte possono esserci fornite dai più moderni mezzi di indagine costituiti dalle ricerche radiografiche ed elettrocardiografiche.

Così Johansen ha cercato appunto di stabilire il valore prognostico delle ricerche cardiache preoperatorie con l'aiuto dell'esame radiologico e dell'elettrocardiogramma.

Nei soggetti nei quali l'E.C.G. mise in evidenza una dilatazione del ventricolo sin. la mortalità fu del doppio più grande che nei soggetti i quali non la presentavano, e in quelli nei quali l'E.C.G. mise in evidenza degenerazioni del miocardio, la mortalità fu quattro volte più grande che negli altri.

Broodersen, che ha studiato l'E.C.G. di individui oltre i 50 anni ha visto che circa la metà di essi presentavano modificazioni di una specie o di un'altra del tracciato elettrocardiografico. Operati questi soggetti, avvenne che negli individui a E.C.G. normale ci furono 8 decessi post-operatori, nessuno dei quali era imputabile a complicazioni cardiache; nell'altra metà a E.C.G. anormale ci furono egualmente 8 decessi, ma solamente in un caso la morte era imputabile alla affezione cardiaca.

Sembra dunque che per quanto importantissime non si debbano considerare assolute le risultanze dell'E.C.G. quando si tratta di porre le indicazioni di un intervento chirurgico, e se si deve credere a chi ne ha fatto larga esperienza, bisogna concludere che nei casi nei quali l'esame clinico non dimostra sintomi di insufficienza, ancorchè l'E.C.G. sia positivo, si possono intraprendere operazioni anche importanti senza avere complicazioni dal lato del cuore.

Un vasto campo di studio rimane comunque aperto alle ricerche E.C.G. da cui molto è ancora lecito attendere e così pure alle indagini Röntgenologiche e più precisamente alle ricerche Röntgenchimografiche, come fanno prevedere i risultati promettenti ottenuti in questo campo dal nostro Perona.

Pertanto, pur facendo tesoro delle conquiste realizzate, il problema della funzionalità cardiaca per le esigenze di una operazione chirurgica attende ancora la sua piena soluzione.

Quando la funzione è compromessa, il Chirurgo vorrebbe sapere fino a che punto può estendere il carico operatorio. Ma vorrebbe anche premunirsi contro quei casi nei quali l'atto operativo svela deficienze cardiache gravi o gravissime, che non erano state sospettate e neppure rilevate dalle più comuni indagini cliniche.

Non nego che, in casi inopinatamente disgraziati, l'esame cardiovascolare possa essere stato affrettato o trascurato e voglio ammettere che ricerche più diligenti avrebbero forse potuto evitare insuccessi.

È pertanto sentito dal pratico il bisogno di metodi semplici e sicuri capaci di dare il valore, per quanto è possibile esatto, della resistenza del cuore per adeguare ad essa la propria condotta.

Tuttavia sarebbe eccessivo e ingiustificato rimanere scettici sui risultati delle prove funzionali alle quali si è accennato.

Ai fini della nostra inchiesta chirurgica l'anamnesi e l'esame clinico generale, integrato naturalmente da tutti i dati che emergono dalle ricerche esperite, opportunamente vagliati, possono dare il più delle volte la risposta che ci assilla.

Non sarà sempre una risposta esatta e tanto meno sarà possibile tradurla in cifre, ma nella grande maggioranza dei casi, fornirà indicazioni sufficienti così che ad essa dobbiamo attenerci e ricercarla forse più di quello che noi facciamo, in attesa che ci vengano forniti più esatti mezzi di indagine capaci di fissare obiettivamente, entro limiti ben definiti, la resistenza cardio-vascolare dell'operando.

Nè si trascurino quei soggetti particolarmente impressionabili, che vivono in uno stato d'angoscia preoperatoria di tale grado da costituire una controindicazione per causa delle vivacissime reazioni che tali malati possono presentare al momento dell'intervento fino allo stato sincopale.

La collaborazione dell'internista diventa pertanto non dico preziosa, ma assolutamente indispensabile. Collaborazione che non può limitarsi solamente alla diagnosi, nel senso di svelare stati morbosi latenti o ignorati e la loro natura, e neppure limitarsi solamente alla prognosi nei riguardi dell'atto operativo da intraprendere, ma deve essere anche curativa nel senso che al medico dobbiamo richiedere di mettere in opera, e prima e dopo l'atto operatorio, una terapia appropriata che aumenti le capacità dell'individuo a superare il peso dell'intervento e le eventuali complicazioni di questo. Così non solamente potremo premunirci da insuccessi tanto più dolorosi quanto spesso inattesi e indipendenti dall'atto chirurgico, ma potremo metterci in condizioni di estendere le indicazioni operatorie anche a soggetti tarati, nei quali però l'intervento sarà naturalmente sempre limitato al minimo necessario.

Ma la collaborazione che il chirurgo chiede all'internista è assai più ampia e di più vasta portata, quando s'intenda affrontare la cura chirurgica vera e propria di affezioni cardiache.

Quando il Falloppio dettava il noto aforisma « Vulnerato corde non potest homo vivere nisi miraculose » nessuno avrebbe osato sperare che anche il cuore avrebbe avuto un giorno possibilità di trattamento chirurgico. È merito di chirurgi italiani aver dimostrato per primi questa possibilità, che già il Benivieni aveva intravisto. Fu infatti il Tassi di Roma a praticare per primo nel 1881 la sutura di una ferita del pericardio ed è vanto di un altro italiano, il Farina, pure degli Ospedali di Roma, avere eseguito felicemente nell'uomo la prima sutura del cuore. Così la prima pietra all'edificio della moderna chirurgia cardiaca era posta e per merito di un italiano.

Ma al di fuori di casi ormai numerosissimi di lesioni violente del cuore guarite chirurgicamente (nelle quali il contributo italiano è stato cospicuo) o di operazioni per forme suppurative degli involucri, il cui intervento era dettato da condizioni di assoluta necessità, si è proceduto con estrema lentezza, tra sconfitte e vittorie, cosicchè appena oggi si possono annoverare risultati apprezzabili o almeno molto promettenti.

D'altronde, se si considerano la sede e i rapporti del viscere, appaiono non sormontabili, ma certo apprezzabili gli ostacoli che lo scheletro frappone alla libertà dell'operatore, costretto a compiere manovre delicate, difficili, spesso estremamente rischiose in condizioni assai poco agevoli, in un organo che, nello stato normale non tollera sospensioni della sua attività se non per pochi secondi, e in condizioni patologiche quasi non ne tollera affatto. Cosicchè una stimolazione anche modica di esso può produrre uno stato sincopale irreparabile, una manovra brusca la lacerazione di un atrio con morte immediata sul tavolo operatorio. Si può asserire che, in nessun altro campo della chirurgia come in questo bisogna sapere affrontare con fredda fermezza le più gravi incognite dell'imprevisto e tenersi pronti al rischio e all'insuccesso che, per essere immediato, clamoroso, definitivo, non lascia tempo non dico a provvedere, ma neanche a riflettere sul da farsi per ovviare alla catastrofe.

È la vita stessa dell'uomo quasi materializzata, che pulsa visibile nelle mani del chirurgo, il quale perciò sente gravissimo, acuto il peso del rischio, a inceppare le manovre che deve compiere.

È merito dei colleghi internisti se la chirurgia del cuore dal semplice campo del soccorso di urgenza per lesioni violente o per forme suppurative del pericardio, è entrata nella fase più attiva degli interventi di elezione.

Come nella chirurgia cerebrale e in quella polmonare, anche qui il chirurgo ha agito sotto l'assillo del medico, che intravedeva possibilità di successo e bramava raggiungerlo.

Prendiamo il caso della pericardite adesiva callosa o pericardite costruttiva.

Si sa che in questa grave malattia il cuore è chiuso come in un guscio fibroso inestensibile, che lo serra tutto intorno e determina un cospicuo restringimento dello spazio indispensabile ai movimenti, specialmente per la dilatazione diastolica, ciò che provoca la insorgenza di gravi disturbi funzionali. Se la retrazione cicatriziale della massa che serra il cuore è progressiva, gli infermi finiscono per soccombere a più o meno breve distanza di tempo per i gravi fenomeni di stasi che lentamente annullano l'attività cardiaca.

Di qui l'idea di aumentare all'intorno del cuore così strozzato, lo spazio vitale con modalità chirurgiche; idea ventilata dal Weil di Lione (1895), chiarita poi dal Delorne, che propose un metodo operatorio volto appunto a liberare l'organo dalle aderenze che lo circondano e lo serrano, mediante il distacco ma-

nuale o strumentale del pericardio dalla superficie del cuore a cui è saldato. Metodo tradotto in pratica pochissime volte, ma che permise poi a Rehn di riprendere il concetto informatore dell'operazione aggiungendo alla decorticazione del guscio fibroso del sottostante muscolo cardiaco, la sua asportazione più o meno ampia, così da realizzare una pericardiectomia.

Secondo l'espressione di Schmieden, che vanta una notevole casistica ed ha il merito di avere ben regolata la tecnica operatoria, l'operazione in discorso può essere paragonata alla sbucciatura di un'arancia. Si tratta, come egli dice, di asportare accuratamente la buccia, ma bisogna assolutamente rispettare il frutto. La gravità di una tale operazione che Bigger chiama formidabile, è evidente per i pericoli immediati, fatali: come la lacerazione del miocardio facile a verificarsi specialmente sugli atrii, e come la dilatazione acuta del cuore destro se viene liberato troppo bruscamente. Ma trattandosi di ammalati condannati a sicura morte, il miglioramento immediato che si ottiene nel 60 % dei casi, con 30 % di sopravvivenze a distanza di anni, e ripresa di occupazioni anche abbastanza faticose, ripaga assai del rischio operatorio e giustifica la diffusione dell'intervento. Se no si potrà alleggerire il cuore dalla sua fatica asportando lo scheletro della regione precordiale e cioè un tratto delle coste soprastanti al cuore, secondo il consiglio di un altro internista Brauer. Operazione questa assai meno grave della precedente e più largamente diffusa, a mortalità operatoria minima, mentre i risultati immediati sono ottimi, e quelli a distanza, in complesso, di poco inferiori alla assai più grave pericardiectomia.

I risultati, indiscutibilmente favorevoli, ottenuti chirurgicamente nelle forme morbose suddette, non trovano purtroppo riscontro negli interventi che si sono proposti e tentati per curare le affezioni croniche delle valvole cardiache, con la prospettiva se non di ricondurre la idraulica cardiaca turbata a condizioni normali, almeno migliorarla in maniera da renderla compatibile con la vita.

Qui il problema chirurgico si presenta enormemente complesso.

Per realizzare chirurgicamente il trattamento delle lesioni valvolari si sono seguite due strade: si sono tentati cioè interventi diretti sulle valvole e specialmente sulla mitrale, vuoi aggredendola direttamente mediante un sottilissimo bisturi attraverso la parete anteriore del ventricolo sinistro dopo estrinsecato il cuore (Schepelmann), vuoi servendosi di uno speciale valvolotomo, semplice (Mc Calum) o provvisto di un sistema ottico di illuminazione, cosicchè esteriorizzato il cuore e introdotto in cavità lo strumento, possa essere diretto opportunamente e manovrato sotto il controllo della vista.

Cuttler, Eliot e Levine, poterono realizzare nell'uomo la sezione della valvola mitrale; ma degli otto operati ne morirono sette; guarì e stava bene dopo alcuni anni una bambina. Souttor operò pure con successo una stenosi mitralica in una giovanetta eseguendo la divulsione col dito infossato nell'atrio sinistro fino a raggiungere l'ostio.

Se a questi successi si aggiunge quello ottenuto da Tuffier, che in una stenosi aortica introdusse, per una apertura del ventricolo sinistro, un dito in cavità allargando forzatamente l'orificio stenotico, si è elencato tutto quanto si è potuto realizzare di positivo su questo campo, nei pochi casi operati finora nell'uomo.

Dei metodi proposti per agire indirettamente sulle valvole, come la creazione di una comunicazione tra i due atrii nella stenosi mitralica, l'apertura o il restringimento del pericardio, non hanno avuto ancora pratica applicazione e anche in via sperimentale non hanno lasciato adito alla speranza di un qualche utile impiego.

Il bilancio quindi di questi tentativi di chirurgia valvolare diretta, non soltanto è modesto, ma è anche pochissimo incoraggiante.

D'altra parte quello che si può sperare di ottenere, è di cambiare la stenosi in insufficienza, sostituendo cioè un vizio di cuore più grave e peggio tollerato, in uno tollerato un po' meglio. La sezione di una valvola o la asportazione di un suo lembo non potranno mai realizzare la guarigione permanente di una stenosi valvolare, e perciò appare irragiungibile la riparazione plastica di una valvola insufficiente o stenotica, almeno fino a quando non sia possibile operare a cielo aperto nelle cavità cardiache; ciò che allo stato attuale della tecnica, è una semplice aspirazione ideale.

Un vasto campo, fertile di possibilità chirurgiche, si è aperto in questi ultimi anni alla nostra attività, scaturito dalle ricerche di numerosi studiosi internisti e chirurghi (Blumgart, Berlin, Levine, Cuttler, Eppinger, Rieseman) le quali condussero alla proposta di combattere lo scompenso cronico di circolo e anche l'angina pectoris mediante la tiroidectomia. La comprensione e giustificazione della tiroidectomia in certi casi di scompenso cronico di circolo, viene suggerita dal meccanismo di azione dell'ablazione della tiroide nel morbo di Flaiani-Basedow, nella quale malattia l'efficacia della tiroidectomia, o comunque la riduzione della sua funzione è indiscutibilmente utile.

È ben vero che nelle forme gravi del morbo di Flaiani-Basedow esistono disturbi cardiaci caratterizzati da un vero e proprio scompenso, come avviene nelle forme più comuni di cardiopatia (con tachicardia, ipertensione arteriosa massima e minima, ipertensione venosa, portata cardiaca aumentata, massa sanguigna aumentata, ecc.). Ma oltre a disturbi inerenti

alla modificata dinamica circolatoria, si avvera il fatto che la portata cardiaca e il consumo di O_2 sono aumentati, mentre la utilizzazione dell'O_2 è difettosa.

La tiroidectomia, abbassando il metabolismo basale, diminuisce il consumo dell'O_2 e delle sostanze nutritizie in genere e perciò l'organismo richiede una minore irrorazione tissurale. Nel M. Flaiani-Basedow quindi la secrezione tiroidea, aumentata o deviata, provoca l'aumento del metabolismo di base e con esso la necessità di un maggiore apporto nutritizio e quindi energetico a cui deve corrispondere aumento della irrorazione e di conseguenza aumento del lavoro del cuore. La diminuzione del metabolismo basale e il suo ritorno al normale, provocato dalla tiroidectomia, fa si che diminuendo le necessità inerenti agli scambi tissurali e quindi la circolazione capillare, diminuisce anche il lavoro del cuore.

Analogamente, nel comune scompenso di circolo il lento fluire del sangue nei capillari fa si che la irrorazione, e quindi l'apporto nutritivo nei tessuti risulti difettoso; ne consegue tra l'altro che si avverano notevoli disturbi nei processi ossidativi dei tessuti stessi con deficiente utilizzazione dell'ossigeno e accumulo di scorie e prodotti insufficientemente metabolizzati. Si verifica perciò un difettoso apporto di sostanze nutritive da parte del sangue, accompagnato ad una cattiva utilizzazione da parte dei tessuti. La asportazione della tiroide, provocando un abbassamento del metabolismo basale, fa si che i tessuti sono costretti a funzionare con un regime ridotto, simile allo stato di mixedema e perciò, ancorchè le condizioni circolatorie rimangono invariate, le sostanze nutritizie apportate dal sangue risultano sufficienti alle modificate necessità dei tessuti e si avvera lo stato di compenso.

Questo modo di interpretare i successi ottenuti colla tiroidectomia nello scompenso cardiaco, appare a qualcuno troppo semplicistico (Siedek) e inesatto, e renderebbe incerta la indicazione di questa operazione. E ciò perchè nel mixedema spontaneo si ha aumento dell'ombra cardiaca con alterazioni elettrocardiografiche, consumo di ossigeno durante il lavoro più alto che nel normale; predisposizione alla trombosi delle coronarie e alla arteriosclerosi. Sono stati anzi constatati ottimi risultati anche in soggetti che avevano una certa tendenza al mixedema (Siedek) e si è notato che il mixedema post-operatorio, frequente in America, è raro per es. a Vienna, forse perchè nei cardiopatici operati esistevano stigmate vegetative di ipertireosi, così frequenti a constatarsi in quella città.

Il metabolismo basale suole diminuire dopo una o due settimane dall'intervento, per raggiungere il massimo di abbassamento dopo 2-3 mesi cioè quando il miglioramento clinico raggiunge pure il massimo. Poi di regola aumenta gradatamente forse per intervento compensatorio di altre ghiandole.

Bastai, che si è fatto autorevole sostenitore di questo metodo di cura in determinati casi di scompenso di circolo, e di angina pectoris, interpreta i risultati favorevoli ottenuti nei pazienti fatti da lui operare ammettendo che nello stato di scompenso « l'ormone tiroideo esplica un'azione sfavorevole sulla funzionalità cardiaca che cessa con l'ablazione della tiroide, per cui il cuore riacquista tono e forza contrattile onde la sua maggiore efficienza ed attività » cosicchè la tiroidectomia agirebbe in maniera duplice e cioè perchè tonifica il cuore e perchè diminuisce la richiesta di sangue da parte dei tessuti. E si aggiunga anche, sempre sec. Bastai, che si deve pure tener conto del benefico influsso prodotto dall'eventuale lesione delle paratiroidi, capace di indurre una ipocalcemia costantemente osservata in tali operati con conseguente attenuazione delle azioni simpatiche e della azione adrenalinica.

Dalle ricerche di Dogliotti e Beretta, gentilmente comunicatemi, risulta che la portata cardiaca di solito diminuisce se più elevata che di norma, suole invece innalzarsi in caso contrario. Il miglioramento avviene in ogni caso anche se nelle due condizioni il lavoro del cuore si comporta in modo opposto, riducendosi nel primo caso, aumentando nel secondo. E ciò perchè nel primo caso prevarrebbero i fattori emodinamici del miglioramento (diminuzione del lavoro del cuore), nel secondo caso i fattori inerenti al dileguarsi dell'azione tireotossica; poichè forse nella tiroide in stasi, si instaurano fatti di ipertiroidismo.

Altri, come Eppinger, pensano, che il meccanismo di azione della tiroidectomia sia in rapporto al fatto che nello scompenso cardiaco si produce una specie di infiammazione sierosa, con passaggio di liquido sieroso fino negli interstizi cellulari, capace di danneggiare le cellule e di ostacolare il passaggio dell'ossigeno ai tessuti di cui si sente invece maggior bisogno data la ipertrofia del muscolo. L'asportazione della tiroide agirebbe con un meccanismo ignoto su questa infiammazione sierosa, e altrettanto anche nel morbo di Basedow.

Contrariamente a quanto si potrebbe supporre, considerando le condizioni precarie di un cardiaco in stato di scompenso, la asportazione della tiroide è sopportata per lo più magnificamente e si contano ormai casistiche altissime senza casi di morte. Precauzione importantissima è di operare questi ammalati in posizione seduta e in anestesia locale. E inoltre poichè è dimostrata l'assoluta loro intolleranza alla adrenalina, non si deve usare affatto questa sostanza nelle miscele impiegate per la anestesia.

*

Non c'è dubbio che si debba rimanere perplessi prima di sottoporre gli ammalati al sacrificio di una ghiandola così importante, ben sapendo che si instaura lentamente uno stato di mixedema, sul quale si basa l'effetto utile della terapia. Ritengono i più assolutamente indispensabile che la ghiandola venga asportata totalmente, secondo altri invece una piccola parte di essa può essere pure conservata, ciò che sarebbe naturalmente preferibile perchè scevra dei pericoli immediati (come la eventuale asportazione delle paratiroidi e la lesione del n. ricorrente) e tardivi come il mixedema. Benchè si sappia che anche il temuto mixedema post-operatorio si evita in maniera sorprendente con la somministrazione di dosi minime di ormone tiroideo, rimane il pericolo che si riproduca lo stato di scompenso quando il paziente si trova in stato di mixedema così marcato da avere raggiunto il limite estremo della tolleranza.

Anche nell'asma cardiaca e nella tachicardia parossistica l'ablazione della tiroide ha dato buoni risultati e secondo qualche osservazione recente, sembra anche nella endoarterite obliterante; ma i migliori successi oltre che nello scompenso cardiaco, si sono ottenuti nella cura dell'angina pectoris.

È noto che per la terapia di questa grave affezione la chirurgia ha messo in opera diversi trattamenti. Alla concezione essenzialmente nervosa della malattia, corrisponde quel complesso di operazioni che si prefiggono di interrompere le vie per le quali passa lo stimolo doloroso proveniente dal miocardio, stimolo che giunge alla rete nervosa costituente il plesso cardiaco e per i nervi cardiaci alla catena simpatica della parte alta del torace e al simpatico del collo.

Mediante le operazioni sul simpatico che portano i nomi di Jonnesco, Danielopolus, Eppinger-Hofer, Leriche e Fontaine, si elimina il dolore, ma non le alterazioni del circolo coronario con le sue conseguenze anatomo-cliniche. A meno che non si voglia ammettere con Leriche, che lo stimolo di origine cardio-aortica si ripercuote in via riflessa sulle coronarie, determinandone la vasocostrizione e quindi la deficiente irrorazione miocardica la quale risulta fatale quando le arterie sono ammalate e, col prolungarsi dello spasmo, può dar la morte per fibrillazione. Di qui la convenienza dell'asportazione del ganglio stellato che sopprime la possibilità di riflessi vaso-costrittori.

I successi, certo numerosi, e gli insuccessi seguiti a questi interventi, sono forse in parte legati al fatto che la genesi dell'angina pectoris non è sempre univoca e non si può asserire se in essa giochino piuttosto fattori essenzialmente nervosi o alterazioni anatomiche dei vasi coronari. Si può dire però che negli ultimi anni ha prevalso il concetto che il fenomeno dell'angina pectoris sia l'espressione clinica di una insufficienza coronaria nel senso che attraverso le coronarie arrivi al muscolo cardiaco una quantità di sangue insufficiente ai bisogni dello stesso miocardio. Dalla sproporzione fra il bisogno e l'offerta di sangue al cuore esplode l'attacco di angina pectoris che si ritiene perciò dovuto ad uno stato di anossiemia e accumulo di metaboliti acidi nel miocardio.

L'abbassamento del M. B. prodotto dalla tiroidectomia, diminuendo il fabbisogno di ossigeno richiesto dai tessuti e dalla muscolatura cardiaca, non solo tronca gli accessi dolorosi, ma poichè migliora lo stato di nutrizione del miocardio abolisce la causa di essi. Però è stato anche notato che talvolta il M. B. non diminuisce e i dolori scompaiono lo stesso.

Blumgart spiega il miglioramento immediato nell'angina pectoris ottenuto colla tiroidectomia, perchè nell'intervento si avrebbe interruzione di vie nervose che portano impulsi dolorifici dal cuore al sistema nervoso centrale. Spiegazione questa criticata da Levine ed Eppinger i quali pensano che l'effetto della tiroidectomia sia dovuto al fatto che essa provoca un'alterazione fondamentale nella risposta del cuore alla adrenalina.

È stata anche prospettata la esistenza di un secreto tiroideo cardiotropo in condizioni normali, così come se ne ammette uno ad azione tossica nel cuore da gozzo o nel M. di Basedow, e la possibilità che questa sostanza sia prodotta in misura esagerata negli scompensati e negli anginosi; la sua soppressione porterebbe perciò ad un immediato miglioramento. D'altra parte è anche da domandarsi se l'effetto curativo non è in rapporto all'abbassamento della calcemia (Bastai).

Ma a parte queste considerazioni e discordanze sul modo di interpretare gli effetti della tiroidectomia nei cardiopatici in generale qui interessa essenzialmente il lato clinico della questione. Perciò dobbiamo domandarci: la operazione risulta veramente efficace nelle cardiopatie per le quali viene eseguita?

Dalle numerosissime statistiche americane che esprimono l'entusiasmo dei primi realizzatori del metodo e anche dalle più recenti statistiche europee, e diremo anche italiane, che la operazione risulti efficace sembra evidente: con risultati generalmente molto buoni negli anginosi, meno buoni negli operati per scompenso.

Nella statistica di 362 casi raccolta da Parson e Purks (1937) si hanno i seguenti dati:

Nel gruppo degli operati per insufficienza cardiaca mortalità 10,4 %; risultati eccellenti 34,63 %; modico miglioramento 28,78 %; leggero miglioramento 2,92 %; nessun miglioramento 33,65 %.

Nel gruppo degli operati per angina pecto-

ris: mortalità operatoria 3,7 %; grande miglioramento 55,46 %; modico miglioramento 28,12 %; nessun miglioramento 12,5 %.

E cioè negli operati per insufficienza cardiaca si può avere un sensibile miglioramento in più del 50 % dei casi, e negli operati per angina in più del 76 %.

Da una casistica raccolta da Frey (1939) risulta che su un totale di 359 tiroidectomie ne vennero eseguite 236 per scompenso cardiaco e 123 per angina pectoris; risultati molto buoni, e cioè con ripresa di piena attività lavorativa, si ebbero nel 31 % e con possibilità di compiere lavori leggeri nel 32 %, mentre nell'8 % i risultati si possono indicare come sufficienti. Un totale quindi del 71 % di risultati tra ottimi e buoni con una mortalità del 17 %.

Il difetto però di queste statistiche è che non tengono troppo conto dei risultati a distanza, e perciò non si può sapere fino a qual punto hanno ragione i detrattori del metodo, come Berard, e quanto gli entusiasti, che sono certamente più numerosi.

Entusiasmo però mitigatosi in questi ultimissimi tempi perchè inchieste, eseguite a qualche anno di distanza dall'intervento, hanno dimostrato che in una percentuale assai elevata, i risultati ottenuti non erano duraturi.

Sebastiani, che ha studiato a distanza di tempo — 2-4 anni — gli ammalati fatti da lui operare negli Ospedali di Roma (Chiasserini, Antonucci, Matronola), ritiene la operazione negli scompensati di effetto scarso e consiglia di limitarla a quegli infermi, che hanno ripetuti periodi di scompenso, ma che rapidamente si rimettono col riposo e le cure mediche.

Negli anginosi invece ha visto risultati migliori talora impressionanti anche se non sempre duraturi.

Pertanto, a dirla con tutta obiettività, non si può negare che dopo i primi entusiasmi si vada ora dappertutto un po' più guardinghi nell'attuare questo nuovo e audace metodo di cura, dal quale è lecito tuttavia attendere risultati anche eccellenti qualora si applichi in casi opportunamente selezionati e specialmente negli anginosi.

Vengono considerate controindicazioni all'intervento in caso di scompenso (Clark Meaus e Sprague): cure mediche troppo brevi o insufficienti; peggioramento dei disturbi nonostante cure mediche; stenosi mitralica di alto grado o disturbi circolatori meccanici con alta pressione venosa; grave insufficienza renale; malattie polmonari croniche; pressione sanguigna alta in rapporto ad arteriosclerosi generale; trombosi coronaria recente; metabolismo basale basso.

Ma l'assillo di stroncare definitivamente gli attacchi di angina pectoris, ha portato di recente un'altra realizzazione tecnica, che appare una delle più brillanti della chirurgia moderna: la rivascolarizzazione del miocardio.

Si sa quello che rappresenta il fattore ischemico sulla genesi dell'A. P. e si può annettere anche più o meno valore alla entrata in giuoco di fattori riflessi, capaci non soltanto, come dice Berad, « di proiettare alla periferia le manifestazioni cliniche, ma di intensificare ancora a livello del cuore le perturbazioni circolatorie »; però si deve comunque ammettere che alla base di questi fenomeni esiste un deficit della irrorazione delle coronarie.

La possibilità di compensare questo deficit fu suggerita a Beck dall'avere osservato durante una pericardiectomia, per sinfisi serrata del pericardio, che una briglia cicatriziale tesa fra ventricolo sinistro e pericardio sanguinava abbondantemente.

D'altra parte le risultanze sperimentali hanno permesso di stabilire diversi fatti e cioè:

1) la ricchezza di anastomosi tra i vasi coronari;

2) la importanza delle anastomosi arteriose extracardiache.

Si deve alla esistenza di queste anastomosi tra vasi del miocardio e vasi extracardiaci, se la funzione cardiaca può persistere malgrado la soppressione apparentemente totale di ogni apporto vascolare, come in certi casi di deficit nei quali le lesioni arteritiche interessano entrambi i territori di distribuzione delle coronarie e i vasi coronari sono chiusi da una placca di aortite.

Ora se si tiene conto di questi fatti e della dimostrazione, data pure in via sperimentale, che la funzione cardiaca esige sopratutto una distribuzione omogenea del suo apporto sanguigno di nutrizione, si comprende come riuscendo a realizzare un nuovo apporto di sangue al miocardio, che per questa o per quella ragione ne difetti, ci si mette nelle migliori condizioni per realizzare una cura veramente causale dell'A. pectoris.

Su questi presupposti teorici-sperimentali, sono stati escogitati da Beck diversi metodi operatori.

La rivascolarizzazione del miocardio è stata ottenuta mediante la creazione di un letto vascolare realizzato con un lembo di omento attratto attraverso il diaframma e dopo incisione del pericardio, fissato sulla superficie del cuore.

Analogamente possono venire impiegati uno o più lembi peduncolati di un muscolo del torace che, aperta una breccia toracica, vengono fissati in cavità pericardica; allo stesso scopo è stato eseguito anche l'accollamento del polmone sulla superficie del cuore.

Attraverso alle nuove vie arteriose che così vengono a crearsi si sviluppa una circolazione collaterale al punto che i dolori per trombosi coronaria si attenuano, poi scompaiono.

Da un complesso di 20 casi operati da O' Shaughnessy risulta un miglioramento buono nei primi 6 mesi e che si andò accentuando nei 6 mesi successivi. Questo accentuarsi del miglioramento via via che ci si allontana dal momento dell'intervento, è l'opposto di quanto avviene in anginosi operati con altri metodi e significa che le nuove vie di afflusso sanguigno instauratesi rappresentano un reale, efficace, e forse progressivo apporto di sangue alla muscolatura, bisognosa di irrorazione.

Si tratta senza dubbio di operazioni audaci, e se si vuole a indicazione limitata, ma mi sembra rappresentino il trattamento più legittimo e ragionato che sia stato mai proposto per l'angina pectoris.

Così nuovi orizzonti si aprono alla nostra arte e chi non voglia attardarsi nelle posizioni raggiunte, ma sia assillato dalla febbre del progredire, deve considerare le possibilità curative che si prospettano per quanto possono essere audaci e ancora imperfette nei risultati.

Soltanto così, lentamente, faticosamente si raggiungono nuove mete: e forse in un avvenire non lontano, anche la chirurgia degli organi del torace avrà assunto una sua propria individualità e vogliamo sperare che il tentativo di oggi sia il successo sicuro di domani e che anche sul cuore il Chirurgo possa intervenire sempre più vittoriosamente, a correggere, migliorare e sanare.

Studenti carissimi,

Quello che abbiamo detto rappresenta un esempio tipico di forme morbose, fino a ieri di stretto dominio medico o non suscettibili di alcun trattamento curativo efficace, per le quali l'opera del chirurgo è richiesta a complemento e sussidio di quelle dell'internista.

Così la chirurgia allarga il suo campo d'azione e aumenta il suo prestigio già così grande per il bene che fa.

Pertanto, essa svolge sempre di più una vasta azione sociale, non soltanto perchè guarisce e previene, ma perchè può riportare in condizioni di rendimento perfetto, un immenso numero di individui, evitando alla Società un enorme peso economico e un grande fardello di dolore.

Di qui emerge la necessità prima del vostro interessamento allo studio delle discipline chirurgiche.

Non so a quali e quanti di Voi — e spero siano molti — basterà l'animo di entrare a far parte della nostra dura, anche se splendida e audace milizia, ma a tutti anche a chi non intende professare la chirurgia, è ormai fatto obbligo di conoscere quali sono le possibilità che essa offre, quali le indicazioni degli interventi per non avere a trastullarsi inutilmente in cure inadatte o inadeguate quando un atto chirurgico può essere decisivo, salvatore.

È specialmente la coscienza chirurgica quella che voi dovete acquistare e che io mi studierò di darvi perchè la diffondiate nel popolo, che dalla vostra parola di medici intelligenti e colti sarà facilmente indotto a seguire la via più giusta e sicura.

Perciò se l'operazione chirurgica può non destare il vostro interesse in quanto è metodico e fine tecnicismo, deve interessarvi per quello che offre, per i risultati che si prefigge e che raggiunge.

Io non richiederò troppo da Voi perchè penso che dalla Scuola dovete trarre non tanto una somma di cognizioni, quanto piuttosto norme e indirizzo per lo studio ulteriore.

Ma ciò che da voi sicuramente si può attendere è fede di bene, entusiasmo di opera, comprensione di quello che sarà la vostra missione, di quello che è il nostro compito.

Se potrò sentire intorno a me vibrare l'impeto della vostra giovinezza a stimolo e conforto, la fatica sarà forse più lieve, la gioia del lavoro più grande e l'opera cruenta quasi addolcita dalla forza del sentimento comune, che sale dal cuore per il bene, per il meglio.

Voi siete quello che noi fummo, e per questo vi comprendo e vi amo; voi siete l'eterna primavera di bellezza, pronta a tutti gli ardimenti e a tutte le sante battaglie. Tra voi anche mi par di vedere il volto di qualcuno che ai vostri anni mi era compagno in questa nostra magnifica terra, che abbiamo adorato e baciato tanto più teneramente quanto più era calpestata e umiliata.

Il mio è dunque un ritorno.

Dopo tanti anni, ho ritrovato non più negli altipiani o nelle doline carsiche o nelle rive del Piave o sulla foce del Sile, ma qui in quest'aula, tra queste mura il mio posto di combattimento.

Il dovere di oggi si riallaccia al dovere di ieri, memore del giuramento fatto di lottare senza sosta o riposo, per la vita, contro la distruzione e la morte.

Questo comandamento, a cui ho cercato di adeguare la mia vita quotidiana, vorrei fosse anche il vostro, o giovani carissimi, che dovrete essere pronti, in pace e in guerra, a tenere con serena fermezza, fatta di Scienza e di Carità, il posto che vi sarà assegnato dagli eventi che si maturano.

Perchè possiate assolverlo degnamente lavoreremo insieme con animo sereno di studiosi, con ferma fede fascista.

La nostra opera silenziosa dovrà essere offerta totale delle nostre forze alla Patria e alla Scienza. Una meta così alta fa ogni sacrificio lieve, ogni rinuncia lieta e in essa si esalta e si sublima l'immagine stessa di Dio.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA

Direttore: Prof. G. SABATINI.

Osservazioni cliniche e considerazioni sull'aerofagia.

Dott. GIUSEPPE MICHETTI, aiuto.

In questi ultimi anni da varie parti sono stati pubblicati lavori tendenti a negare l'esistenza dell'aerofagia o almeno ad essa la capacità di provocare disturbi morbosi di una certa entità. Al contrario è comparsa di recente una breve nota di Leven che ribadisce quello da lui già sostenuto in passato e cioè che l'aerofagia deve essere considerata come una vera e propria malattia, abbastanza frequente e capace di determinare sindromi multiformi (gastriche, circolatorie, respiratorie, ecc.), con una sintomatologia talvolta imponente e grave.

Nell'Ambulatorio delle malattie dell'apparato digerente annesso alla Clinica Medica ho avuto occasione di osservare con una certa frequenza casi di aerofagia passati inosservati e curati anche a lungo per altra malattia con terapie inefficaci e qualche volta perfino dannose.

Questo errore diagnostico, relativamente frequente a causa degli aspetti proteiformi che può assumere l'aerofagia, mi ha indotto a riprendere questo argomento per il quale tuttora permangono differenti valutazioni ed aggiornarlo nelle sue nuove acquisizioni specialmente terapeutiche, anche perchè ad esso in questi ultimi anni è stata dedicata una scarsa bibliografia: infatti a quanto mi risulta l'ultimo lavoro di rilievo pubblicato in Italia sull'aerofagia è quello di Diena comparso nel 1930.

Senza riportare la numerosa casistica osservata mi limiterò a riferire solo qualche caso dei più tipici e dimostrativi, inserendolo nella trattazione.

L'aerofagia che, come è noto, è caratterizzata dalla penetrazione di aria nelle vie digerenti, costituisce una sindrome la cui conoscenza risale a moltissimi anni addietro. Già Dejardin e Magendie sul principio del secolo scarso avevano riconosciuta la possibilità della deglutizione d'aria; in seguito l'argomento è stato oggetto di ampia trattazione specialmente da parte di Bouveret, di Mathieu e Follet, di Soupalt e della sua scuola. Fra gli allievi di Soupalt è stato specialmente il Leven che ha ripreso e sviluppato l'argomento in ogni sua parte, compresa la radiologica con la quale è stato possibile confermare in gran parte, con dati certi, quanto prima era stato stabilito su considerazioni spesso ipotetiche.

La frequenza dell'aerofagia stabilita su ampia casistica di ammalati dell'apparato digerente è secondo molto Autori (Mathieu, Soupalt, Mauban, Roux, Leven, ecc.) oscillante tra l'8 e il 12 %, ma è da credere, d'accordo con Diena, che tale percentuale sia da noi più alta e che ciò debba essere attribuito in parte al « preconcetto che l'eruttazione, che segue in generale alla deglutizione di aria, sia un segno di avvenuta digestione ».

La penetrazione d'aria nelle vie digerenti può essere volontaria e più spesso involontaria o almeno inavvertita; l'aria deglutita ed aspirata nello stomaco passa più o meno presto il piloro ed attraverso l'intestino. Di solito l'aria penetra nello stomaco senza determinare rumori ma allorquando esiste uno spasmo del cardias l'aria deglutita può subito essere emessa con un'eruttazione rumorosa; si parla in questo caso di aerofagia esofagea o incompleta in quanto l'aria non riesce o penetrare nello stomaco.

Meccanismo ed eziologia dell'aerofagia.

Vari sono i meccanismi invocati per spiegare la penetrazione di aria nello stomaco. Fra i più attendibili è utile ricordarne due e cioè quello sostenuto da Linossier e Pitres, i quali affermano che l'aria può arrivare nello stomaco a glottide chiusa, in seguito ad una contrazione più o meno violenta del diaframma che provoca un vuoto intratoracico e quello sostenuto da Mathieu, Mauban, Soupalt e Leven secondo i quali l'aerofagia è in dipendenza di movimenti di deglutizione sia a vuoto sia di saliva (sciatofagia di Hayem).

L'introduzione di aria nello stomaco per un semplice meccanismo di aspirazione senza deglutizione, pur essendo possibile, è considerata piuttosto rara dalla maggioranza degli Autori che considera invece causa predominante dell'aerofagia l'aumento dei movimenti di deglutizione, accompagnato o no da scialorrea.

È anche da tener presente che una certa quantità di aria viene immessa nello stomaco insieme con i cibi (Dobrovici).

Ritenendo che quello riferito sia il meccanismo più frequente dell'aerofagia è evidente che tutte le condizioni capaci di determinare movimenti di deglutizione possono essere causa di aerofagia. Queste condizioni possono distinguersi in extragastriche ed intragastriche.

Fra le cause extragastriche più comuni e più

facilmente curabili, capaci di provocare movimenti di deglutizione, vanno ricordati tutti gli ostacoli delle prime vie respiratorie (ostruzioni nasali, ipertrofie e deviazioni dei cornetti, vegetazioni adenoidee, tonsilliti e rinofaringiti croniche, ecc.) che si riscontrano spesso nei soggetti giovani e qualche volta anche nei bambini di tenera età.

Nella mia casistica ho avuto occasione di osservare questa causa di aerofagia ed ho potuto notare che in alcuni adenoidei vi sono disturbi dispeptici accompagnati talvolta da un'aerofagia di intensità varia che di solito scompare a breve scadenza dall'intervento operatorio.

Ricordo a tale proposito due bambini uno di 10 e l'altro 12 anni i quali hanno presentato un quadro clinico e un andamento pressochè uguale e cioè da qualche mese accusavano dolori postprandiali diffusi, nausee, inappetenza, capogiri. In pochi mesi i pazienti erano diminuiti di peso e impalliditi. Un accurato esame generale escluse l'esistenza di lesioni a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio e digerente. L'esame fisico dell'addome dimostrava timpanismo gastrico esagerato e l'indagine radiologica presenza di aria nello stomaco in quantità notevole. Esisteva inoltre spiccata ipertrofia tonsillare con uno stato infiammatorio subacuto delle fauci. Per motivi di indole generale e anche sospettando che i disturbi generali gastrici potessero esser dovuti ad aerofagia legata alla ipertrofia adeno-tonsillare, fu consigliato l'intervento. Già dopo pochi giorni dall'operazione i disturbi gastrici erano scomparsi e l'appetito ritornato normale; dopo un paio di mesi il peso corporeo era notevolmente aumentato e la sanguificazione si presentava nei limiti normali.

Numerose sono ancora le cause che determinano scialorrea e tutte capaci di provocare deglutizione di aria. Tra le più comuni ricorderò gli stati infiammatori della lingua, del palato duro, l'irritazione gengivale d'origine dentaria comprendendo fra queste quelle causate da applicazione di apparecchi di protesi irrazionali o mal fatti. Fra le cause rare capaci di provocare scialorrea e quindi aerofagia Leven ricorda l'irritazione della corda del timpano provocata da un tappo di cerume nel condotto uditivo e Mauban l'ipersecrezione faringea nei soggetti affetti da pertosse.

Le cause gastriche d'aerofagia entrano in causa molto di frequente. È noto come spesso negli aerofagi esistano disturbi dispeptici che è difficile valutare se siano primari e diano essi luogo all'aerofagia o se viceversa di questa siano la conseguenza. È certo però che le alterazioni gastriche in genere portano facilmente alla scialofagia e così alla aerofagia e gli stessi fenomeni si possono osservare nell'ulcera e nel carcinoma.

Anche le anomalie di posizione dello stomaco come la ptosi possono provocare, attraverso l'irritazione del plesso solare, disturbi secretori, sensitivi e motori gastrici ed anche scialofagia ed aerofagia. In questi casi i disturbi possono cessare o almeno diminuire rimuovendo o curando la causa dell'irritazione simpatica come può facilmente avvenire nel caso di una ptosi gastrica.

Numerosi sono i casi da me esaminati in cui ad una ptosi gastrica di grado elevato si associava aerofagia, anzi direi che nella maggioranza degli ptosici esiste una pneumatosi gastrica di varia intensità.

Un caso interessante osservato è quello che si riferisce ad un'operaia di 31 anni che da anni accusava disturbi dispeptici piuttosto notevoli accompagnati da eruttazioni in serie e spesso vomito.

La paziente era notevolmente magra, accusava dolori diffusi all'addome, senso di notevole tensione addominale, nausea e si rilevava timpanismo diffuso. Gli esami funzionali gastrici mettevano in evidenza una notevole gastrite ipoacida e l'esame radiografico una ptosi gastro-colica senza segni di lesioni organiche. La paziente era stata già sottoposta a varie terapie con scarso risultato. Nella persuasione che i disturbi dovessero essere riferiti ad una aerofagia e ad una irritazione del plesso solare dipendente dalla ptosi fu consigliato, oltre ad un trattamento ricostituente generale, una fascia addominale e diversi altri accorgimenti terapeutici (decubito obliquo destro dopo i pasti, enzimi gastrici, bromuri ecc.). Dopo pochi giorni i disturbi dispeptici, le eruttazioni, la nausea e i dolori scomparvero, lo stato generale migliorò notevolmente. Dopo due mesi circa fu abbandonata ogni terapia e ricomparvero i distrurbi descritti. In seguito con la semplice fascia addominale la paziente è stata bene ed ha potuto riprendere il lavoro che da tempo aveva abbandonato.

Tra i fattori capaci di provocare aerofagia bisogna ricordare quelli psichici che spesso assumono importanza predominante. È specialmente l'isteria che si ritrova di frequente a determinare e mantenere la sindrome aerofagica ma anche altre malattie nervose come l'ipocondria, la demenza precoce, la paralisi progressiva, ecc., possono essere citate.

A volte il fattore psichico rappresenta la causa precipua dei disturbi ma più spesso esso interviene come elemento che si sovrappone a quelli prima ricordati acquistando, secondo i casi, un'evidenza maggiore o minore.

In proposito già Hayem aveva distinto una aerofagia primaria, espressione di una malattia del sistema nervoso ed una secondaria, più frequente, che si presenta in individui che dapprima erano soltanto gastropatici ed eventualmente sialofagi. Essi diventano successivamente neuropatici: dopo che hanno notato che la eruttazione è loro di sollievo ne favoriscono la

produzione e da ultimo essa si produce da sè e in tal modo l'atto della deglutizione di aria, da volontario che era in principio, diventa automatico.

Semeiologia e diagnostica. — Lo studio semeiologico e clinico dell'aerofagia è di grande utilità per arrivare a una diagnosi esatta della malattia, potendo, come vedremo più avanti, essere essa all'origine di gravi disturbi funzionali a carico di altri organi che con la loro imponente sintomatologia possono alle volte mascherare la causa vera della sindrome morbosa.

I sintomi clinici dell'aerofagia devono essere ricercati sistematicamente ogni qual volta insorge il sospetto che il paziente in esame possa essere affetto da quel disturbo.

Alcuni dati per la diagnosi sono forniti dall'anamnesi. Attraverso un accurato interrogatorio si viene a sapere che l'ammalato ha frequenti eruttazioni; esso è preoccupato di espellere gas dallo stomaco perchè ciò gli procura un momentaneo sollievo e pertanto fa dei movimenti talvolta volontari, ma che più spesso sono involontari, assumendo quasi l'aspetto di un tic nervoso, che gli fanno deglutire aria. Qualche volta il disturbo è leggero e non provoca gravi conseguenze, altre volte invece la convinzione che lo stato di tensione epigastrica dopo i pasti, la difficoltà di digestione, e la continua emissione di gas dipendano da uno stato patologico grave del meccanismo digestivo inducono il paziente a limitare l'alimentazione con conseguente dimagramento e perdita delle forze, ripugnanza al cibo per cui occorre tutta la forza persuasiva del medico curante a convincere questi ammalati che solo con una sufficiente alimentazione accompagnata da un'opportuna terapia possono migliorare il loro stato (Diena).

Tra i segni obbiettivi di una certa importanza son da ricordare quelli a carico della mucosa linguale che assai spesso si presenta rossa, umida, lucente. Una lingua con tali caratteristiche in un soggetto da anni dispeptico deve metterci in guardia poichè essa è l'espressione di una salivazione abnormemente abbondante che continuamente la bagna, la irrita.

Talvolta la scialorrea, determinando frequenti movimenti di deglutizione, determina un'irritazione faringo-laringea che può provocare una sensazione molesta a livello del laringe che impedisce di portare colletti ed abiti un po' stretti.

Spesse volte il malato che inghiottisce aria in grande quantità non può dormire sul fianco sinistro poichè tale decubito gli provoca affanno e tachicardia assai molesta. Frequentemente questi soggetti anche se non coscienti del disturbo da cui sono afflitti, potendo alle volte mancare le eruttazioni, osservati attentamente durante la visita rivelano il loro disturbo con un movimento fatto allo scopo di inghiottire e che consiste in una flessione della testa avvicinando il mento al torace, quasi a toccarlo.

All'esame dell'addome è possibile spesse volte notare (specie se si esamina l'a. in piedi) la mancanza della fossetta epigastrica che può essere sostituita da una bozza più o meno marcata da mettersi in rapporto all'aumentata tensione dello stomaco. Facendo respirare profondamente il malato la regione epigastrica resterà immobile o subirà una espansione durante l'inspirazione ed una retrazione nell'espirazione. Questo tipo di respiro deve ricondursi ad una inerzia relativa del diaframma immobilizzato dalla aumentata tensione endoaddominale.

La palpazione può rilevarci un aumento della consistenza epigastrica e la percussione zone iperfonetiche che possono estendersi a tutto l'addome ed anche a zone normalmente ottuse come ad esempio in corrispondenza della regione epatica, (concomitante aerocolia).

Qualche volta esiste guazzamento gastrico, altre volte una dolenzia palpatoria diffusa sulla regione epigastrica che può anche essere assai intensa su circoscritte zone sì da simulare una lesione ulcerativa specie quando al reperto oggettivo corrisponde soggettivamente una sintomatologia dolorosa ad orario fisso. In questi casi spesso accompagnantisi a vomito e talvolta a un chimismo gastrico iperacido, la diagnosi può essere non facile e solo un accurato e ripetuto esame radiografico potrà dirci se si tratta di una vera lesione ulcerativa e solo di una gastrite spasmodica con aerofagia.

I casi del genere che capitano all'osservazione sono abbastanza numerosi. In genere trattasi di soggetti con una sintomatologia da ulcera, con presenza di punti dolorosi classici e di ipersecrezione ed ipercloridria agli esami funzionali. In qualche caso il reperto radiografico per una lesione duodenale non è netto ma neppure negativo per quanto riguarda i segni indiretti dell'ucera. Trattasi come ulcerosi essi non traggono beneficio, invece appena stabilito un opportuno trattamento tutta la sintomatologia facilmente scompare.

Non va dimenticato che qualche volta esiste una vera e propria ulcera accompagnata

ad aerofagia per cui si debbono contemporaneamente curare le due malattie perchè anche se la lesione ulcerativa guarisce i disturbi dell'aerofagia possono essere tali da provocare una imponente sintomatologia che rende pressochè nullo il buon risultato ottenuto con la terapia dell'ucera.

Gli esami funzionali possono essere di qualche utilità e specialmente il sondaggio per conoscere lo stato del chimismo gastrico che molte volte si trova alterato, più spesso essendo l'acidità diminuita, talvolta aumentata. Tale ricerca serve soprattutto a svelarci la eventuale presenza di una gastrite che di frequente preesiste o si associa e per indirizzare convenientemente la terapia dei disturbi dispeptici.

Un esame molto utile per la diagnosi di aerofagia è quello radiologico.

Non è mio intendimento riferire sugli aspetti dei quadri radiologici che si riscontrano nell'aerofagia per cui rinvio ai trattati ed alle monografie speciali, però mi pare utile ricordare che esistono due distinti tipi di stomaci aerofagi: il grande e il piccolo stomaco. Il primo ha un volume tale per cui è possibile riconoscerlo all'esame clinico del paziente, il secondo sfugge invece all'indagine clinica perchè è spastico, contratto, non estensibile, pieno di una piccola quantità di aria che a causa degli spasmi e della contrattura delle pareti è sotto una presisone piuttosto elevata; è questa la varietà di aerofagia che può provocare notevoli disturbi, la patogenesi dei quali non è rilevabile che attraverso un esame radiologico. Inoltre l'esame radiologico è indispensabile per stabilire una diagnosi di aerocolia che come è noto può alle volte simulare una appendicite, una colelitiasi, od una calcolosi renale.

*
* *

Della sindrome aerofagica sono state fatte classificazioni varie partendo da differenti punti di vista. Una delle più semplici e più aderenti alla realtà clinica mi pare quella di Diena che distingue l'aerofagia a seconda che l'aria deglutita oltrepassa o no il cardias e il piloro.

Secondo tale classificazione l'aerofagia può essere:

aerofagia esofagea pura,
aerofagia gastrica con eruttazioni in serie,
aerofagia con pura pneumatosi gastrica,
aerofagia con pneumatosi gastro-intestinale.

Nel considerare un po' particolarmente le varie forme credo inutile trattare dell'aerofagia esofagea poichè in questa forma l'aria inghiottita viene emessa prima che oltrepassi il cardias ed anche perchè è piuttosto rara nella sua forma pura e quando esiste non provoca disturbi di una certa intensità.

Neanche credo opportuno di dilungarmi sull'aerofagia con pura pneumatosi gastrica (dilatazione gastrica acuta) dati gli scopi del presente lavoro; infatti questa forma di aerofagia la cui prognosi è assai grave conducendo non di rado (50-60 % dei casi) a morte il paziente, e che pare sia dovuta a paralisi acuta dello stomaco, è più di competenza chirurgica che medica verificandosi nella grande maggioranza dei casi dopo interventi chirurgici gravi sullo stomaco o su organi addominali, in stretto rapporto con lo stomaco.

Maggiore importanza presentano invece le altre due forme che danno luogo: una precipuamente alla sindrome gastrica, l'altra alla sindrome intestinale dell'aerofagia.

Sindrome gastrica dell'aerofagia.

Questa forma (Morbus rectuosus, dispepsia flatulenta) descritta in passato come dovuta ad anormali fermentazioni gastriche capaci di originare il gas emesso, è piuttosto comune e può essere causa di gravi disturbi non solo a carico dell'apparato digerente ma anche generale. Quasi tutti i pazienti affetti da tale disturbo sono dei dispeptici che accusano i più svariati sintomi digestivi (digestione lenta, rigurgiti, pirosi, ecc.) accompagnati da numerose e fastidiose eruttazioni. Le forme leggere guariscono curando la dispepsia, mentre le forme gravi persistono se non si cura, contemporaneamente alla dispepsia, l'aerofagia. Questa forma di aerofagia se non opportunamente curata può portare anche a gravi conseguenze quando, per la convinzione che l'eruttazione dipenda da una cattiva digestione il paziente, riduce poco a poco la sua dieta sino a limiti non compatibili con l'esistenza.

A tale proposito si può ricordare il caso di un autista, di anni 43, che accusava a digiuno una dilatazione gastrica che aumentava dopo i pasti e provocava dispnea, tachicardia, vertigini ed a volte vomito. Con una serie di eruttazioni i disturbi diminuivano notevolmente. Convinto che la sintomatologia riferita e le eruttazioni dipendessero da cattiva digestione ridusse a poco a poco la sua alimentazione sino ad un regime semiliquido assolutamente insufficiente, ma che però non gli procurava gravi noie. Il paziente in pochi mesi diminuì di circa 18 chilogrammi. L'a. preoccupato per questo stato di cose, consultò vari medici che lo curarono con scarso ri-

sultato, per dispeptico, colecistico, colilitico, nevropatico ecc.. Stabilita la giusta diagnosi fu consigliato, oltre ad una opprotuna terapia medicamentosa, un regime alimentare di riguardo ma abbondante. Dopo poco tempo scomparvero i disturbi a carico dell'apparato digerente ed il p. riacquistò il suo peso normale.

Fra i sintomi particolari dell'aerofagia gastrica va ricordato il vomito che qualche volta assume grande importanza sia per la frequenza che per la durata. Il vomito insorge a varia distanza di tempo dall'introduzione del cibo, ma per lo più dopo poco tempo ed è costituito in generale da succo gastrico mescolato a muco, saliva e bile, qualche volta vengono vomitate anche piccole quantità di cibo.

Alle volte è difficile interpretare l'origine di questi vomiti senza un accurato esame di tutti i segni clinici e senza il sussidio di un esame radiologico trattandosi di forme discrete di aerofagia con scarse eruttazioni, scarsa scialorrea, e senza distensione gastro-intestinale apparente.

Secondo qualche A. un buon numero di vomiti incoercibili della gravidanza sarebbero determinati dall'aerofagia esistendo frequentemente nei primi mesi di gravidanza una abbondante scialorrea che sarebbe, per il meccanismo già descritto, all'origine dell'aerofagia e dei vomiti.

Ricorderò ancora come debbasi qualche volta attribuire a questo tipo di aerofagia il singhiozzo prolungato e doloroso che così fastidio dà a imalati che ne sono colpit.

Sindromi intestinali dell'aerofagia.

(Aerofagia con pneumatosi gastro-intestinale; aerocolia).

È questa la forma di aerofagia in cui mancano le eruttazioni poichè l'aria una volta introdotta nello stomaco non può essere emessa o per uno spasmo o per altre particolari condizioni del cardias che funziona da valvola. L'aria una volta penetrata nello stomaco lo dilata, quindi oltrepassando rapidamente l'intestino tenue, penetra nel colon raccogliendosi di preferenza nella flessura epatica e splenica. L'aerocolia può essere all'origine di importanti disturbi a carico dell'intestino simulando anche sindromi che traggono origine da organi assai diversi.

La sintomatologia dell'aerocolia può essere quella di una banale colite mucosa da cui spesso è difficile differenziarla. Un buon numero di ammalati si lagna di dolenzia addominale di intensità variabile localizzata in corrispondenza dell'angolo epatico e dell'angolo splenico del colon. Quando i dolori sono prevalenti o esclusivi da un lato si può essere indotti facilmente in errore supponendo l'esistenza di un'appendicite, di una colecistite, ecc.

Altre volte il malato prova una sensazione dolorosa a sbarra localizzata sul colon trasverso che può o no accompagnarsi a dolore agli ipocondrii. Questa sensazione dolorosa può qualche volta essere assai violenta e localizzata alle zone sopra dette oppure diffuse a tutto il colon ed anche spostarsi nei vari segmenti del colon provocando frequentemente nausee, vertigini e disturbi circolatori, specie quando s'arresta all'angolo splenico del colon.

Sono state descritte da alcuni autori, come dovute ad aerocolia, delle reazioni coliche gravi accompagnantesi a febbre, vomito, polso frequente, ecc. simulanti una peritonite acuta od una occlusione intestinale. Questi casi piuttosto rari possono essere causa di gravi errori diagnostici e terapeutici per cui è consigliabile davanti ad un malato che presento una poco chiara sintomatologia addominale acuta tenere presente anche questa possibilità.

Un disturbo che si riscontra spesso negli aerofagi con pneumatosi gastro-intestinale e che arreca un fastidio che si può dire sociale è quello della emissione di gas che può alle volte essere abbondantissima specie se associata ad una dispepsia fermentativa.

Anche la stitichezza ostinata può essere legata all'aerofagia e solo con una opportuna terapia diretta in tale senso si possono ottenere risultati che possono anche essere brillanti.

Disturbi a carico dell'apparato circolatorio e respiratorio negli aerofagi.

Tenendo presente come lo stomaco e l'intestino allorquando sono ripieni di aria sollevano il diaframma diminuendo il diametro verticale del torace e respingendo in alto il cuore si comprende facilmente la frequenza e talvolta la gravità dei sintomi circolatori e respiratori riscontrabili negli aerofagi.

Essi sono ben conosciuti e vi accennerò solo brevemente. È da ricordare che alcuni Autori ritengono questi disturbi non puramente di natura meccanica poichè l'influenza degli organi della digestione si può esercitare anche per via umorale e nervosa (Bouquet).

Il disturbo cardiaco più frequente è forse costituito dalle extrasistoli.

Un altro dei sintomi comuni dell'aerofagia gastro-intestinale è la dispnea da sforzo che insorge dopo i pasti e diminuisce con il progredire della digestione talvolta scomparendo dopo tre, quattro ore dall'ingestione di cibo.

Qualche volta la dispnea s'accompagna ad una sensazione dolorosa o di oppressione in corrispondenza della regione precordiale, sintomi questi che come la dispnea si osservano comunemente nei cardiaci ma che però non sono in rapporto così stretto ai pasti come negli aerofagi pur potendo anche il malato di cuore presentare dopo i pasti una accentuazione della dispnea che però ha un carattere di continuità.

È tipico il caso di un pensionato di 73 anni inviato all'ambulatorio perchè sofferente di disturbi consistenti in senso di gonfiore, nausea ed eruttazioni, palpitazioni, dispnea, senso di oppressione precordiale e diminuzione della memoria e riferiti ad arteriosclerosi specialmente del cuore e dei vasi.

I disturbi erano intensi due, tre ore dopo i pasti ed andavano diminuendo cinque, sei ore dopo l'ingestione del cibo. Il p. era assai preoccupato del suo stato temendo di morire improvvisamente durante una di queste crisi.

Esaminato attentamente il p. non presentava segni di gravi alterazioni a carico del cuore e delle arterie ma piuttosto segni riportabili all'aerofagia. Infatti tutti i disturbi riferiti scomparvero dopo poco tempo con poche prescrizioni dietetiche e igieniche atte a combattere l'aerofagia gastro-colica.

Qualche volta la dispnea aerofagica che suole diminuire di intensità a misura che l'ora del pasto si fa più lontana, può comparire tardivamente di notte alla stessa ora a tipo di accesso asmatico di cui non è sempre facile determinare la vera natura.

Sono stati descritti da vari autori casi di asistolia acuta, di ipertensione arteriosa, di tachicardia, di vertigini ed anche di sincopi da mettere in relazione all'aerofagia ma questi casi sono piuttosto rari e di assai difficile e dubbia interpretazione e di solito i disturbi non possono essere riferiti alla sola aerofagia essendo in generale compromessi, più o meno gravemente, anche altri organi.

Di notevole interesse terapeutico e prognostico è la distinzione fatta dal Leven sui rapporti tra aerofagia ed apparato circolatorio distinguendo questo autore gli aerofagi a sintomatologia cardiovascolare, senza lesioni anatomiche, dai cardiopatici in cui la lesione anatomica è aggravata dall'aerofagia. I disturbi dei primi possono scomparire completamente con una opportuna terapia contro l'aerofagia, nei secondi invece la prognosi è legata più alla gravità della lesione cardiovascolare in atto che alla pneumatosi gastro- intestinale.

Si comprende anche facilmente come una notevole distensione dello stomaco e del colon dovuta all'aerofagia gastro-intestinale possa provocare dei disturbi respiratori!

Infatti in quasi tutti gli aerofagi il diametro verticale della gabbia toracica è più o meno diminuito ciò che può provocare una sintomatologia simile a quella che si riscontra solitamente negli enfisematosi ma che rapidamente scompare con un trattamento diretto contro la pneumatosi gastro-intestinale. Altre volte si può osservare una sintomaologia asmatica; l'aerofagia può anche riuscire dannosa sulla funzionalità respiratoria durante il decorso di lesioni polmonari acute.

Terapia. — Fatta la diagnosi di aerofagia, cosa non estremamente facile poichè in un gran numero di casi si tratta di forme fruste, si dovrà stabilire un'opportuna terapia.

Questa non è unica poichè per ogni varietà di aerofagia esiste una appropriata cura.

Volendo però schematizzare si possono così raggruppare i principali mezzi terapeutici:

Trattamento del tic di deglutizione; trattamento dell'insufficienza motoria del diaframma; terapia medicamentosa; regimi alimentari.

Cura del tic di deglutizione. — Pur essendovi numerosi mezzi per curare l'aumentata frequenza delle deglutizioni sarà bene contare sopratutto sulla volontà del malato avvertendolo dell'importanza che l'atto della deglutizione, volontario o no, ha nella genesi dei suoi disturbi. Per alcuni malati ciò può essere abbastanza facile perchè la deglutizione di aria si compie con un movimento caratteristico (flessione del capo con avvicinamento del mento al torace) che se conosciuto, può essere utile per evitarla.

Poichè in molti soggetti il movimento di deglutizione è involontario e perciò non avvertito sono stati escogitati alcuni mezzi atti ad avvertire oppure a rendere difficile l'introduzione di aria nello stomaco. Così una cravatta un po' stretta al disopra delle cartilagini crico-tiroidee, pur non provocando un eccessivo fastidio, determina durante l'innalzarsi del laringe una sufficiente sensazione sgradevole che ricorda all'ammalato la necessità di non deglutire. Può essere utile far mettere tra i denti un oggetto (bocchino per sigarette, ecc.) che tenendo la bocca meccanicamente aperta non permette la deglutizione. Per il fatto che con la chiusura delle narici non si può deglutire senza che si produca un dolore auricolare, a causa dello squilibrio della pressione bucco-auricolare, Sicard consiglia una pinza nasale e Leven il tamponamento delle fosse nasali, accorgimenti che, determinando una deglutizione dolorosa, ricordano all'aerofago la proibizione avuta di compiere tale atto.

Quando l'aerofagia è legata ad una ptosi gastrica una fascia elastica può alle volte far cessare il tic di deglutizione unitamente ad altri disturbi dovuti alla ptosi che irrita meccanicamente il plesso solare (tachicardia, ipotensione arteriosa, ecc.).

Cura dell insufficienza diaframmatica. — Parlando dei disturbi circolatori e respiratori che si riscontrano negli aerofagi ho già detto come l'aerofagia gastro-intestinale provichi una alterazione nei movimenti del diaframma a causa dell'anomalo sollevamento dovuto alla distensione gassosa dello stomaco e dell'intestino. Detta insufficienza diaframmatica che può provocare notevoli disturbi circolatori e respiratori deve essere curata facendo praticare all'ammalato una opportuna ginnastica respiratoria.

Gli esercizi consigliati allo scopo sono numerosi ma il più semplice e di più facile applicazione e che spesse volte, se ben applicato, dà dei buoni risultati è quello descritto da d'Arsonval e Leven. Il metodo consiste in una serie di aspirazioni prolungate che dovrà ripetersi per 5-6 volte di seguito varie volte nella giornata in modo da raggiungere in totale un centinaio di espirazioni. L'espirazione che deve essere totale e fatta lentamente (il soggetto deve immaginare di avere davanti a sè una candela sulla quale espirando dovrà piegare la fiamma senza spegnerla, (« Proceré de la Boubie ») provoca una violenta immissione di aria nei polmoni che solleva il torace ed abbassa il diaframma.

Con questo semplicissimo metodo di ginnastica respiratoria diaframmatica che può essere sempre ed ovunque praticato non richiedendo movimenti di braccia o di gambe e nessun apparecchio speciale, si possono realizzare dei notevoli risultati terapeutici specie in quegli aerofagi che presentano disturbi circolatori e respiratori (dispnea, tachicardia, aritmia, dolori addominali; dolori anginoidi, ecc., ecc.).

Terapia medicamentosa. — L'aerofagia come si è visto, si associa, quando non è una conseguenza, ad una forma di gastrite ed a facile stato spasmodico che può essere localizzato in un qualsiasi tratto delle vie digerenti; per questi motivi nella terapia medicamentosa dell'aerofagia non si ha una grande varietà di sostanze realmente efficaci.

I disinfettanti del tubo gastroenterico, le polveri assorbenti usate in passato quando si riteneva l'aerofagia legata ad una anormale fermentazione sono stati da tempo abbandonati essendosi dimostrati inutili.

Fra i medicamenti utili per modificare e influenzare beneficamente la irritabilità del plesso solare, la gastrite, la secrezione, la motilità gastrica e la scialorrea sono da tenere presenti il carbonato di bismuto e il bromuro di sodio, infatti la loro azione combinata è assai utile nelle forme gravi di aerofagia. Si potrà tenere presente che il carbonato di bismuto agisce specialmente sulla scialorrea e sui fenomeni d'origine gastritica mentre il bromuro di sodio influenza più i fatti dolorifici e spasmodici. Il carbonato di bismuto ha azione anche a dosi relativamente deboli (gr. 2-5 pro die) ma deve essere somministrato frazionato durante la giornata (4-6 volte prima dei pasti) il bromuro di sodio, alla dose di gr. 1,50-3 al giorno è utile se somministrato fra i due pasti principali ed alla sera prima di andare a letto.

L'associazione a piccole dosi di luminal al bromuro, per l'azione sinergica che i due medicamenti svolgono è molto utile in quei casi ostinati, con prevalenza agli spasmi e nei quali bisognerebbe somministrare dosi troppo elevate di bromuro di sodio per avere un buon risulttao. In questi ultimi tempi ho provato con risultati ottimi l'associazione di bromuro di sodio (gr. uno) ed atropina (mgr. uno) somministrati per via endovenosa. Questa terapia, associata al carbonato di bismuto per via orale è particolarmente adatta nei casi in cui è presente una notevole gastrite associata a spasmi dolorosi perchè con essa oltre ad ottenere risultati positivi dopo pochissimi giorni si viene ad eliminare una nuova causa di irritazione della mucosa quale può essere il bromuro di sodio somministrato a dosi relativamente elevate.

Regime alimentare. — Il regime alimentare assume un ruolo importante quando l'aerofagia dipende da una gastrite che ha determinato la scialorrea e gli spasmi da cui si origina la deglutizione dell'aria.

In passato veniva raccomandato per qualche giorno un regime latteo assoluto con graduale passaggio entro 6-8 giorni ed una dieta semiliquida (purée, semolini, tuorli d'uovo) e quindi ad un regime di riguardo.

Oggi si preferisce piuttosto un regime largo escludendo poche sostanze che possono in un modo o nell'altro essere nocive quali il pane (permettendo il pane biscottato ed i grissini), i cereali, il vino, la birra, gli alcoolici in genere, le droghe, i salumi, gli alimenti troppo grassi o troppo oleosi, i cavoli, i cavolfiori, i fagiolini verdi, le insalate, i gelati, le acque gazose. Ben di rado sono da escludere altri alimenti. È da consigliare una buona masticazio-

ne anche delle purée spiegando al malato l'importanza di ordine chimico che motivano questo avvertimento che a lui sembra strano.

È anche da preoccuparsi che oltre ad un sufficiente apporto di calorie siano presenti nella dieta tutti i sali e tutte le vitamine necessarie poichè capita abbastanza spesso di veder prescritti regimi che col tempo conducono il p. ad uno stato carenziale di sali o di vitamine che possono provocare anche disturbi di notevole importanza.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce brevemente su quanto in precedenza altri Autori hanno scritto sull'aerofagia, quindi si sofferma a descrivere minutamente il meccanismo, l'eziologia e la semeiologia della malattia. Riportata la classificazione, ritenuta dall'A. la più semplice e più aderente alla clinica, che distingue l'aerofagia in esofagea, gastrica con eruttazioni in serie, gastrica con pura pneumatosi gastrica ed aerofagia con pneumatosi gastro-intestinale, descrive le sindromi gastriche, le sindromi intestinali ed i disturbi circolatori e respiratori dell'aerofagia.

L'A. non ritenendo opportuno riferire completamente la vasta casistica osservata descrive alcuni casi che possono per motivi vari essere dimostrativi per la conoscenza dell'aerofagia, spesso volte mascherata da una sintomatologia anche imponente riferibile ad altri organi.

Il lavoro termina con un capitolo sui vari mezzi terapeutici che devono mirare a far scomparire il tic di deglutizione, a vincere l'insufficenza motoria del diaframma, a combattere con opportuni medicamenti ed un appropriato regime gli spasmi dolorosi e la concomitante dispepsia.

BIBLIOGRAFIA.

BOUQUET. Monde Médical, 5 settembre 1912.
CECONI. Policlinico, 1908.
ID. Min. Med., 1923.
DIENA. Minerva Medica, n. 14, 7 aprile 1930.
D'ARSONVAL. C. R. Ac. des Sciences, 17 novembre 1924.
DOBROVICI. Thèse de Paris, 1907.
ENRIQUEZ e DURAND. Mouvement Médical.
EWALD. Klinik der Verdauungskrankheiten, Berlino, 1890.
HAYEM. Arch. des mal. de l'appareil digest. et de la nutrition, gennaio 1907.
LEVEN. Presse Médicale, n. 44, 1° giugno 1938.
ID. Soc. de Thérapeutique, novembre 1913.
ID. *La Dyspepsie*, Paris, 1922.
ID. *L'aérophagie*, Masson, Paris, 1934.
LOEPER et ESMONET. Monde Médical, 15 aprile 1913.
LINOSSIER. Soc. méd. des Hôpitaux, 1° marzo 1901.
MATIEU et ROUX. *Pathologie gastro-intestinale*. Doin, Paris, 1909.
MAUBAN. *L'aérophagie*, Paris, 1910.
MOUTIER. Archives des Mal. de l'appareil digéstivé et de la nutrition, settembre 1912.
ROGER. *Alimentation et digestion*. Paris, 1907.
SOUPALT. *Traité des maladies de l'estomac*. Baillière, Paris, 1906.

SUNTI E RASSEGNE

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Ricerche ematologiche sulla biopsia midollare. Aspetti del midollo osseo nelle emopatie.

(W. DE WEERDT. *Revue belge des Sc. Méd.*, Tome XI, ottobre 1939, n. 8).

L'interesse della biopsia del midollo osseo nelle malattie del sangue è giustificato oltre che per i dati diagnostico-prognostici, anche per le molte questioni patogenetiche che solleva.

L'autore ha eseguito un accurato studio in 124 casi di diverse emopatie.

Nei riguardi delle anemie l'A., seguendo una classificazione anatomo-patologica basata sul tipo dell'eritropoiesi, distingue anzitutto quelle a reazione normoblastica, quelle a reazione megaloblastica e infine le anemie aplastiche. Fra le prime sono comprese le varietà che seguono.

Negli itteri emolitici, il tipo dell'eritropoiesi è normoblastico puro, l'iperplasia normoblastica notevolissima, assenti i megaloblasti.

I reticolociti molto più numerosi che nel sangue periferico. I leucociti e i monociti restano praticamente normali, così pure le cellule reticolo-endoteliali sono talora cariche di pigmento, ma non aumentano di numero.

Nelle anemie post-emorragiche si ha una forte reazione eritroblastica spesso con aumento relativo dei basofili.

Nelle anemie infettive acute si è cercato con la biopsia midollare di comprendere meglio le variazioni leucocitarie. Meno studiate le anemie da infezioni croniche, in cui, ad esempio, nella tubercolosi polmonare, c'è un parallelismo tra l'ipoplasia eritroblastica e la lesione polmonare.

Fra le anemie tossiche l'A. nota in un caso di intossicazione saturnina cronica un'anemia midollare a tipo rigenerativo, senza che si notino turbe della maturazione cellulare, come se il piombo a piccole dosi stimolasse la differenziazione dei normoblasti. Più numerose che nel sangue periferico le emazie a punteggiatura basofila.

Nelle anemie nefrogene si ha in genere una ipoplasia eritropoietica.

In quelle neoplastiche occorre distinguere i

casi con metastasi midollare da quelli senza. Nei primi non è infrequente il reperto di cellule neoplastiche. Negli altri le variazioni leucocitarie sono minime, il grado d'anemia variabile.

Lo studio, poi delle anemie infantili rappresenta un argomento molto complesso. Esistono due tipi principali, il primo di una anemia ipocromica ferrosensibile con ipoplasia eritropoietica ed una normocromica epatosensibile.

Esistono poi i quadri caratteristici dell'eritroblastosi tipo Cooley e dell'anemia pseudoleucemica di Jacksch-Luzet.

Da notare poi delle anemie ipercromiche senza megaloblastosi, ma con eritroblasti basofili di grande taglia (eritroblasti intermediari).

Le neuro-anemie achiliche presentano una vera iperplasia eritroblastica midollare. I normoblasti non acidofili superano la cifra normale. In qualche caso sono presenti degli eritroblasti intermediari, mai i megaloblasti.

L'epatoterapia favorisce in primo tempo la produzione dei normoblasti basofili.

Nelle anemie a reazione megaloblastica questa viene riconosciuta non dal diametro cellulare, che è un fattore poco importante, ma dalla grande finezza della struttura nucleare.

Il promegaloblasto è l'elemento più giovane e più grande, con un protoplasma intensamente basofilo e un nucleo nucleolato a struttura finissima. Il megaloblasto basofilo è simile al precedente ma non possiede nucleoli. Esiste poi una gamma di megaloblasti policromatici. Il megalocito rappresenta il termine della eritropoiesi megaloblastica.

Il mielogramma mostra un'intensa iperplasia eritroblastica parallela col grado d'anemia, Così pure è lo stesso per la reversione megaloblastica dell'emopoiesi. L'indice di maturazione protoplasmatica mostra che almeno i 2/3 dei megaloblasti non contengono emoglobina. Per la serie bianca l'autore ha visto spesso delle turbe della maturazione che spiegano la leucopenia e la linfocitosi relativa del sangue periferico. La terapia epatica fa trasformare massivamente i megaloblasti in normoblasti, nella quasi totalità. All'inizio delle ricadute si nota frequentemente non tanto l'apparizione dei megaloblasti, quanto una turba di maturazione dei normoblasti (fase pre-megaloblastica dell'anemia perniciosa).

L'A. divide poi le anemie aplastiche in tre gruppi a secondo che il rapporto granulo eritropoietico sia uguale, superiore o inferiore alla norma. In tutti i casi sono presenti notevoli turbe della maturazione e della moltiplicazione delle cellute mieloidi.

Lo studio del mielogramma nelle poliglobulie è tecnicamente difficile. In ogni caso l'A. non trova notevoli variazioni dalla norma. Nelle mielosi leucemiche croniche il valore diagnostico della biopsia midollare è discutibile. In ogni modo permette delle interessanti osservazioni di carattere generale.

Nelle linfoadenosi croniche si osserva precocemente la metaplasia linfoide del midollo. In particolare modo abbondano i prolinfociti.

Le leucemie acute mostrano spesso nel midollo cellule anormali che mancano invece nelle reazioni leucemoidi. Frequenti sono le atipie nucleari, i micromieloblasti, i corpuscoli di Auer, così pure le turbe di maturazione degli eritroblasti.

In un interessante caso di leucemia monocitaria il mielogramma mostrava non un midollo monocitario, ma un'iperplasia mieloblastica. I monociti avevano dunque un'origine probabilmente extra-midollare.

Fra le diatesi emorragiche nel Werlhof sono presenti turbe di maturazione dei megacariociti, i quali sembrano per altro normali nella peliosi reumatica.

Nel morbo di Hodgkin si rileva una notevole eosinofilia. Nella micosi fungoide si rileva essenzialmente una netta reazione reticoloendoteliale; solo in seguito si notano turbe della maturazione mieloide, granulocitica ed eritroblastica. *sibilia.*

Ricerche ematologiche sulla biopsia midollare. Interpretazione dei dati del mielogramma.

(W. DE WEERDT. *Revue belge des Sc. Méd.*, Tome XI, novembre 1939, n. 9).

L'interpretazione del mielogramma, per essere completa, comporta lo studio del rapporto granulo-eritropoietico, lo studio della curva di maturazione degli eritroblasti e dei granulociti, lo studio dell'indice di maturazione protoplasmatica degli eritroblasti e quella dell'indice cariocinetico.

Il rapporto granulo eritropoietico si ottiene dividendo la percentuale degli elementi della serie bianca per il numero degli eritroblasti corrispondenti. L'aumento di tale rapporto può osservarsi in casi di iperplasia granulopoietica (anemie neoplastiche, tubercolari, nella malattia di Hodgkin, nelle mielosi croniche, in certe leucemie acute, ecc.) oppure per l'ipoplasia granulopoietica (alcune anemie aplastiche, linfoadenosi acute croniche) o per iperplasia eritropoietica (ittero emolitico, anemie post-emorragiche, ecc.).

Lo studio della curva di maturazione della serie bianca è di notevole interesse.

Nello stato normale essa non si eleva sempre regolarmente, essendo i promielociti di poco più numerosi dei mieloblasti a granuli azzurrofili e così i metamielociti di poco più numerosi ai mielociti. Nello stato patologico essa può presentare tre tipi di modificazioni: la curva di maturazione accelerata, la curva di maturazione rallentata e quella irregolare, fre-

quente quest'ultima nelle emopatie. Evidentissimo nelle mielosi acute il fenomeno dello hiatus leucemicus.

La curva di maturazione della serie eritroblastica presenta normalmente una cuspide elevata in rapporto agli eritroblasti policromatofili. Anche di essa esiste un tipo accelerato, con la cuspide accennata poco accentuata (anemia post-emorragica, anemia saturnina, ecc.) e un tipo rallentato (aumento dei basofili) che è frequente in molte emopatie.

Come indice di maturazione citoplasmatica degli eritroblasti l'A. intende il tasso percentuale degli eritroblasti a protoplasma basofilo. Questo è particolarmente elevato nelle anemie perniciose, non trattate, e fa in genere supporre una carenza di materiale emopoietico.

Come indice cariocinetico s'intende la percentuale degli elementi in mitosi (erotroblasti o granulociti). Per questi ultimi le cifre individuali, variano da 0,1 a 1; per gli eritroblasti da 1 a 4,6.

Il valore di tale indice non è tuttavia sempre evidente.

L'A. insiste sul valore diagnostico e prognostico della puntura sternale. In alcune malattie è assolutamente indispensabile, come nelle anemie aplastiche, nelle criptoleucemie, ecc.

sibilia.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

K. SOMMER. *Die Gonorrhöe der frau. Ein Leitfaden für die Praxis* (La gonorrea della donna). Manuale pratico, con 47 figure. Georg Thieme edit., Leipzig, 1939, pp. 183, R. M., 8,50.

Dopo un breve proemio nel quale è fatta rilevare la gravità dell'infezione blenorragica femminile in generale, l'A. entra nel vivo dell'argomento con un primo capitolo dedicato alle funzioni genitali nella donna, alle funzioni puramente vegetative delle ovaje, alla biologia della vagina, in cui sotto l'influsso di queste ultime si svolgono processi di grande importanza per la incolumità dell'apparato genitale muliebre (il quale può considerarsi come una via di comunicazione fra la cavità addominale ed il mondo esterno ed ha bisogno quindi di speciali meccanismi di protezione e di difesa contro i pericoli che possono derivare); alle funzioni generative delle ovaje; ai disturbi utero-ovarici di origine mestruale.

Il capitolo successivo tratta dell'etiologia, batteriologia e patologia generale della gonorrea; il terzo della *gonorrea inferiore* (vulva, vestibolo, glandole del Bartolini, uretra, vagina, retto, cervice: diagnosi e terapia).

Nel 4° capitolo l'A. viene quindi a parlare della *gonorrea femminile superiore* o *ascendente* (decorso: corpo dell'utero, « endometritis corporis », trombe, ovaio, peritoneo: sintomi, diagnosi, siero-diagnosi, terapia: cura locale e chemioterapia, vaccini, proteinoterapia aspecifica, metodi piretogeni, cure dietetiche, terapia fisica e Roentgenterapia, cura chirurgica).

La gonorrea nella gravidanza, nel parto e nel puerperio; la gonorrea dei neonati e dei bambini; le complicazioni lontane della gonorrea (artriti, tendosinoviti, borsiti), la setticemia gonococcica e le affezioni cardiache (endo- e pericardite gonococcica) e finalmente i criteri per accertare la guarigione formano gli argomenti dei capitoli successivi.

Il lavoro si chiude con brevi cenni sulla legislazione germanica in materia d'infezioni intersessuali, sull'organizzazione della Società tedesca per la lotta contro le malattie veneree e sull'opera che essa svolge, specie nel campo della profilassi.

Quanto si è detto fin qui basta a dare un concetto del piano del lavoro il quale può dirsi svolto dall'A. con sicura padronanza della materia e soprattutto con una chiarezza e una sobrietà che lo rendono particolarmente adatto per i medici pratici e per gli studenti e rispondono agli scopi per i quali il libro fu scritto cioè di un « Leitfaden » (*letteralmente* un filo conduttore) attraverso un argomento così complesso e di tanta importanza anche dal lato sociale.

Forse, proprio per i fini divulgativi del lavoro, sarebbe stato opportuno un più ampio svolgimento della parte riguardante la terapia in genere e la terapia fisica in ispecie per illuminare meglio i lettori non specialisti sui nuovi metodi di cura oggi in voga e sulla loro reale efficacia.

Le indicazioni bibliografiche, in armonia con l'indole pratica del lavoro, non sono numerose: scarse quelle di pubblicazioni italiane, tra le quali avremmo visto volentieri ricordato il libro di O. Viana, *la blenorragia nella donna*, edito dalla Casa Pozzi.

Buone figure in nero, riproducenti preparazioni anatomiche e preparati microscopici, completano il testo del lavoro che è preceduto da una prefazione del prof. R. Schröder, direttore della Clinica Ginecologica dell'Università di Lipsia, ed al quale aggiungono pregio l'edizione decorosa e corretta ed il copioso indice alfabetico. V. MONTESANO.

M. PALAZZOLI e F. NITTI. *Traitement de la blénorragie, par le sulfamide, une sulfone et leurs dérivés*. Un vol. in-8° di 196 pagg., con 19 figg. in tavole. Masson et C.ie, Paris, 1939. Prezzo 35 fr.

L'attività dei medicamenti sulfamidici nella blenorragia ha in sè qualche cosa di stupefacente, quando si pensi che — sia pure in un numero relativamente limitato di casi — può fare scomparire in 24-48 ore la purulenza della secrezione e rendere questa praticamente

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

sterile in breve tempo. Progresso terapeutico di incalcolabile portata sociale, jugulando così la sorgente di contagio.

Ma quando e come applicare questa terapia? Chè il pericolo maggiore è che essa cada in mano di profani o di medici poco esperti, che non l'applichino a dovere e ne ignorino gli inconvenienti. È opportuno associarvi il trattamento locale? può bastare questo?

Tutti problemi nuovi che la nuova terapia ha impostato. Ad essi risponde bene il libro degli AA., basato non soltanto su una buona conoscenza della letteratura, ma anche sull'esperienza personale. Dopo uno studio della secrezione uretrale, dei caratteri del gonococco, gli AA. espongono il metodo classico di trattamento locale, occupandosi poi largamente della chemioterapia (azione, posologia, incidenti, complicazioni) e dell'associazione di questa alla cura locale, metodo a cui, in linea generale, gli AA. danno la preferenza.

Ogni medico pratico leggerà con vantaggio questo libro essenzionalmente pratico. *fil.*

J. Samuels. *Der Zyklus der Frau.* Un vol. in-8° di 175 pagg. con 45 figg. Haag, G. Naeff, 1938.

Per lo studio dei fenomeni intimi del ciclo mensile femminile, il prof. Samuels di Amsterdam ha introdotto un nuovo ed originale metodo di ricerca. Egli parte dal principio che tali fenomeni sono essenzialmente diretti dall'ormone gonadotropo dell'ipofisi, il quale ha un'azione rallentante sulla respirazione cellulare. L'attività di questa può essere misurata mediante uno strumento ideato dallo stesso A., il cicloscopio. Esso consta, nella sua parte essenziale, di uno spettroscopio con cui si può seguire la riduzione dell'ossiemoglobina in metaemoglobina nei tessuti stessi, in una sottile piega cutanea fra il pollice e l'indice che viene stretta fra le branche di una pinza.

Il tempo in cui avviene tale riduzione — che è di 90-45 secondi per l'uomo e di 80-120 per la donna — è influenzato dal contenuto del sangue in ormoni e subisce, fra l'altro, durante il ciclo mensile della donna notevoli variazioni, che corrispondono alla caduta dell'uovo, all'inizio ed alla fine della mestruazione, ecc.

L'A. è così arrivato a stabilire che, invece di una sola ovulazione come si ammette generalmente, se ne hanno 2 (od anche 3) in ogni ciclo mensile. L'ovulazione può essere riconosciuta mediante il cicloscopio e l'A. l'ha veduta confermata, sia con lo stato di gravidanza in casi di cui ha persino determinata l'ora della copula fecondante, sia con operazioni ginecologiche, in cui ha riconosciuto lo scoppio recente del follicolo, sia con altri mezzi.

Si può in tal modo stabilire con sicurezza il periodo di massima e quello di minima fecondabilità ed anche diagnosticare fino dal 4° giorno la gravidanza, con una sicurezza che l'A. afferma essere del 100 %. Cadono così, secondo l'A., le vedute di Knaus, teoriche e non rispondenti alla realtà, mentre il periodo di fecondabilità indicato da Ogino collima a un dipresso con quello stabilito dall'A.

Il cicloscopio può anche servire per la diagnosi di vari disturbi mestruali e per riconoscere precocemente delle alterazioni endocrine a cui si può ovviare con l'applicazione di onde corte, che possono risvegliare l'attività di un'ipofisi ipofunzionante.

Questi i principî informatori del lavoro dell'A., scritto particolarmente allo scopo di diffondere nel pubblico femminile le nozioni speciali sull'argomento, oltre a quelle generali sulla fecondazione, la mestruazione, ed in genere sulla vita sessuale femminile. L'esposizione è molto chiara, resa ancora più evidente dalle figure e da nitidi schemi.

Nel corso del lavoro, l'A. espone inoltre delle idee, che meritano di essere messe in rilievo perchè d'impronta spiccatamente personale; accenniamo ad alcune): 1) Nell'ipofisi, invece dei numerosi ormoni che sarebbero stati isolati dai varî ricercatori, l'A. ne ammette soltanto due, il gonadotropo ed il tireotropo; 2) Le varie malattie dello stomaco, fegato, pancreas, intestino, ecc., hanno una causa centrale, cioè una disfunzione nel mesencefalo e nel diencefalo sotto l'influenza di una disfunzione ipofisaria; 3) Il cancro si sviluppa in conseguenza di un disturbo endocrino del sistema tireotropo, specialmente ipofisario ed è quindi possibile influire su di esso con un trattamento ormonico. Tale argomento è largamente sviluppato in un altro libro dell'A.: « Endogene Endokrinotherapie ». C. F.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

I pericoli delle emorragie tonsillari e l'emostasi.

Osserva giustamente G. Pelliccia (*Il Valsalva*, dicembre 1939) che la maggiore preoccupazione del chirurgo che si accinge a praticare una tonsillectomia, specie in persona adulta, è quella dell'emorragia, la quale può avvenire nel momento stesso dell'operazione, oppure a distanza di alcune ore (nelle 24 successive) o di alcuni giorni (8-10).

Grazie alle cure profilattiche preoperatorie ed agli accorgimenti tecnici, tale pericolo è oggi minore che un tempo, ma non è scomparso del tutto ed è, comunque, tanto più grave in quanto che non è agevole porvi rimedio.

A tale scopo, l'A. ha inventato un nuovo strumento, che rende facile ed agevole il portare un comune laccio di catgut o di seta lungo la pinza che tiene il vaso fino al punto voluto e, quindi, stringere il nodo con una mano sola, mentre l'altra rimane completamente libera, per togliere al momento opportuno la pinza emostatica. Si possono poi fare uno o più nodi di rinforzo, in modo da avere la perfetta sicurezza di tenuta del laccio.

La parte terminale dello strumento, con le due branche, serve anche per tenere allontanato il pilastro anteriore e per abbassare la lingua, rendendo così ben visibile il campo operatorio.

Lo strumento, che l'A. descrive ed illustra, mette così al sicuro dalle conseguenze di questa temibile complicazione. *fil.*

Trattamento delle angine con acido cloridrico diluito.

N. Guntscheff (*Wiener Klinische Wochenscrift*, 5 gennaio 1940) che è colpito frequentemente da angina, notò che esse guarivano molto più rapidamente tutte le volte che egli, per qualche ragione, vomitava. Pensò allora che il miglioramento fosse dovuto all'azione antisettica degli acidi gastrici e volle provare su se stesso la verità di questa ipotesi.

Potè così osservare, nelle angine da cui fu successivamente colpito, che l'uso esclusivo di acido cloridrico determinava un rapido miglioramento dell' infiammazione, convincendosi così dell'assoluta superiorità di questo medicamento su tutti gli altri prima usati e constatando anche che l'efficacia di esso è proporzionale alla frequenza dell'uso e alla concentrazione adoperata.

La concentrazione può variare, secondo il gusto e la recettività, tra 6 e 20 gocce di acido cloridrico officinale diluito al 12,5 % in un bicchiere di acqua tiepida. Abitualmente l'A. usa il medicamento per gargarismi, per irrigazione e da bere: per gargarismi e per bere adopera la diluizione di 10 gocce in un bicchier d'acqua, per irrigazioni invece la diluizione di 25-30 gocce in un bicchiere d'acqua. L'intervallo tra i singoli gargarismi non deve superare i 30 minuti.

L'A. enumera quindi tutti i vantaggi che l'acido cloridrico ha sugli altri medicamenti prima usati, insistendo soprattutto sul fatto che l'acido cloridrico diluito, al contrario degli altri colluttori, può essere deglutito, sicchè acquista due vantaggi: 1) può essere usato da persone, come i bimbi, che non sanno fare i gargarismi; 2) può giungere molto profondamente nel faringe il che non avviene quasi mai quando si fa un gargarismo. D'altronde anche i bambini lo bevono volentieri per il suo sapore di limonata.

L'altro metodo introdotto dall'A. è quello delle irrigazioni che vengono così praticate: si prende con una lunga pinza un batuffolo di ovatta, lo si imbeve di una soluzione di 25-30 gocce di ac. cloridrico al 12,5 % in un bicchiere d'acqua, lo si porta sul polo superiore di una tonsilla e lo si spreme facendo così colare il liquido nella tonsilla. Si ripete l'operazione alcune volte giorno.

L'A. afferma che sono molto più utili le irrigazioni che non le traumatizzanti pennellature.

L'A. ha con questo metodo trattato 23 casi di angina ottenendo sempre un rapido miglioramento di tutti i sintomi generali e locali.

L'A. ha cercato poi di spiegare il meccanismo d'azione dell'acido cloridrico con delle esperienze ancora in corso. Ha potuto però già dimostrare sia in vivo che in vitro un'azione battericida dell'acido cloridrico (alle diluizioni usate) verso i germi della bocca ed ha anche constatato tale azione battericida, in vitro, verso lo streptococco emolitico ed i bacilli difterici. F. TOSTI.

Sulla questione della disposizione familiare alla otite media, complicanza della scarlattina.

A. Gleissner (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 8 dicembre 1939), ricordato come ormai si vada facendo sempre più strada la convinzione che l'uomo non deve essere considerato più come individuo isolato ma come facente parte di un determinato ceppo familiare, si interessa del fattore predisposizione nella produzione delle complicanze della scarlattina.

Già da altri autori è stata potuta assodare tale predisposizione per la nefrite post-scarlattinosa. L'A. ha ricercato una eventuale predisposizione familiare nelle complicanze otitiche in 356 casi di scarlattina. In 19 di questi 356 casi si verificò una otite media: undici di essi appartenevano a famiglie in cui o altri fratelli

e la madre avevano avuto una otite post-scarlattinosa. Soltanto nove appartenevano a famiglie in cui non si erano verificati casi di scarlattina e di otite post-scarlattinosa.

Appare quindi chiaro che ci sono determinate famiglie che hanno una certa disposizione per l'otite come complicazione di scarlattina. F. TOSTI.

Gli ormoni sessuali nel trattamento dell'otosclerosi.

Vi è qualche intimo rapporto fra increti gonadali ed otosclerosi; può darsi che in questa, vi sia uno squilibrio fra ormoni maschili e femminili, squilibrio, a cui si può rimediare con la somministrazione dell'ormone deficiente. Si può quindi prendere in considerazione un trattamento non chirurgico di tale affezione, che rende tanto amara la vita al paziente.

J. Bernstien e L. Gillis (*Lancet*, 30 dicembre 1939) riportano vari casi di individui — maschi e femmine, dai 18 ai 42 anni — con otosclerosi, trattati con ormoni (testosterone, estrone, progynon); in vari casi femminili, è stato usato il testosterone, ma gli AA. non dicono per quale considerazione hanno scelto l'uno o l'altro ormone. In tutti i casi riportati si sono avuti miglioramenti; tenuto conto che l'otosclerosi è una malattia a decorso progressivo, si deve concludere per il buon effetto del rimedio.

Questo metodo di cura va ancora precisato nelle sue applicazioni, allo scopo di controllare quale tipo risponda meglio ed in quale età o sesso si ottengano i migliori risultati; si potrà così anche meglio chiarire l'eziologia dell'otosclerosi.

Gli AA. hanno usato questa cura anche in casi di presbiacusia, ottenendo risultati incoraggianti con gli ormoni omeogenici.

fil.

La chirurgia della vertigine.

P. G. Cantele (*Il Valsalva*, luglio 1939) descrive il caso di una giovane donna affetta da 4 anni da una forma di neurolabirintosi monolaterale, con sindrome di Menière, resistente a qualsiasi terapia medica. L'A. è intervenuto praticando l'apertura del canale semicircolare orizzontale, seguìta da alcoolizzazione endolabirintica. La paziente ottenne la completa e stabile guarigione della sindrome vertiginosa.

L'A. richiama l'attenzione su questo mezzo chirurgico specialistico, colla convinzione che esso possa applicarsi con successo soltanto dietro indicazioni semeiotico-cliniche precise e possa, in tal caso, risparmiare al malato l'intervento radicale intracranico. Tenuto conto della sua semplicità e della sua scarsa pericolosità, esso è destinato ad avere una più larga applicazione. *fil.*

LABORATORIO

La prova del sangue seccato nella sifilide.

E. Zimmermann (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 8 dicembre 1939) dice che il sierologo Chediak di Cuba ha introdotto il metodo dell'esame di una goccia di sangue seccato per la sifilide: per esso infatti è sufficiente una goccia di sangue seccata dopo averla strisciata su un vetrino porta-oggetti.

In Germania il metodo fu modificato da P. Dahr. L'A. è riuscito a rendere ancora più semplice la prova, usando un pezzetto di carta da filtro invece del vetrino porta-oggetti. L'A. descrive minutamente la tecnica da lui usata e conclude affermando la utilità di questa prova in molte contingenze della vita civile e militare. F. TOSTI.

VARIA

Un libro di un medico giudicato da Marinetti.

S. E. Marinetti, Accademico d'Italia, ha così commentato recentemente il libro di Angelo Malinverni « O luna, o luna, tu me lo dicevi », in questi termini:

« Noi aeropoeti futuristi diamo tutta la nostra simpatia a Malinverni per la potente tenace e vittoriosa guerra italiana combattuta e cantata in *O luna, o luna tu me lo dicevi...* con ottimismo futurista e senza le solite nostalgie deprimenti ».

Rallegramenti per tale giudizio.

Divorzi di due sorelle americane.

Le due gemelle Coats, hanno già messo insieme otto mariti. Legalmente, ne hanno avuti solo quattro per ciascuna, ma siccome asseriscono di agire « spiritualmente come una sola persona », e di avere sempre sposato e divorziato lo stesso giorno, così il campionato dei divorzi è cumulativamente accreditato alle gemelle.

Durante gli scambi matrimoniali esse hanno sposato due gemelli, poi hanno divorziato, poi li hanno risposati, ma unendosi una all'ex-marito dell'altra. Attualmente le gemelle contese sono alla loro quinta impresa matrimoniale e annunciano il loro matrimonio con i gemelli Herbert e Harry Sharp. Le due gemelle nutrono viva speranza di inscenare un altro divorzio e un altro matrimonio con i fratelli Sharp, in modo da rendere il loro primato imbattibile.

(Da « L'Arte Ostetrica »).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

F. RABBONI. *La morfologia e la funzionalità della colecisti nell'ulcera gastroduodenale*. Tipografia L. Parma Bologna 1939.

A. PANTANO. *Una ipotesi di lavoro per la terapia dei tumori*. Ediz. Min. Medica, Torino 1939.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Obbligatorietà della vaccinazione antidifterica.

Il Ministero dell'Interno (Direzione gen. Sanità Pubblica) ha diramato alle Autorità interessate la seguente circolare n. 26, in data 7 marzo 1940-XVIII:

In esecuzione di quanto è stabilito dall'ultimo capoverso dell'art. 2 della legge 6 giugno 1939 n. 891, è stato emanato il Decreto ministeriale, di cui si unisce copia, con il quale vengono determinate le modalità per l'attuazione delle vaccinazioni antidifteriche.

Si richiama la particolare attenzione delle VV. EE. sulla importanza sanitaria del provvedimento legislativo in parola, non dubitando che darete il maggiore personale interesse, perchè le pratiche vaccinali, in esso contemplate, abbiano la più pronta, larga e rigorosa applicazione.

Vorrete, altresì, disporre che, fin da ora, sia stabilito il presumibile quantitativo di anatossina antidifterica occorrente per i vaccinandi nella prossima sessione primaverile, avvertendo che nella medesima dovranno essere assoggettati alle operazioni vaccinali tutti i bimbi entrati nel 2° anno di età, sia che abbiano o no subita la vaccinazione antivaiuolosa; tutti i bambini degli asili, dei preventori e degli istituti in genere per l'infanzia.

Occorre dare la precedenza a quelli della G.I.L. che devono essere ammessi nelle colonie estive.

Per opportuna norma si avverte che gli Istituti produttori che dispongono di sufficiente quantità di anatossina, già controllata dallo Stato, sono in ordine alfabetico i seguenti: Istituto Sieroterapico Milanese; Istituto Nazionale Napoletano; Istituto Vaccinogeno Toscano.

Avvertesi, infine, che agli effetti del controllo epidemiologico si deve considerare come vaccinato il bambino nel quale sia stata completata la vaccinazione antidifterica da almeno un mese.

Si gradirà intanto, un cenno di ricevuta e di assicurazione. *Pel Ministro*: PETRAGNANI.

Alla circolare è allegato il Decreto ministeriale, in data 7 marzo 1940-XVIII, il quale consta di 11 articoli.

Cronaca del movimento corporativo.

Valutazione di titoli nei concorsi ospedalieri.

Con circolare del Ministero dell'Interno in data 24 gennaio u. s. sono state impartite le seguenti direttive di massima per la valutazione di titoli nei concorsi ospedalieri:

a) *Valutazione dei titoli accademici e di studio.* Agli effetti della valutazione di merito, alla libera docenza (che deve essere compresa fra i titoli accademici), quando sia disciplina attinente alla materia del concorso, va assegnata una punteggiatura alquanto superiore a quella che si intende assegnare alla specializzazione (che deve essere compresa fra i titoli di studio).

Per quanto concerne le lauree e i diplomi professionali richiesti per l'ammissione ai concorsi, la valutazione di merito dovrà essere fatta soltanto nei riguardi del punto riportato dai candidati nel conseguimento dei titoli e quando, del medesimo, sia stata fatta richiesta nel bando, mentre per ciascuna laurea o ciascun diploma presentato in più, oltre quelli richiesti, la valutazione di merito comprenderà il titolo ed il punto.

b) *Valutazione dei titoli di carriera.* Per adire ai concorsi di primario, aiuto e farmacista direttore, ai candidati è richiesto, tra gli altri, il requisito di aver prestato un periodo minimo di servizio nei modi stabiliti, rispettivamente, dagli articoli 47, lettere *b* e *c*, 56 lettera *b* e 67 numero 1 lettera *b* del R. Decreto 30 settembre 1938, n. 1631.

Agli effetti della valutazione di merito dei titoli di carriera, anche se prescritti per l'ammissione al concorso, i titoli stessi devono essere considerati specialmente in relazione all'importanza, al modo e alla durata di servizio, ed alla categoria dell'ospedale nel quale il servizio medesimo è stato prestato.

c) *Valutazione delle pubblicazioni e di altri lavori scientifici.* Per quanto concerne infine le pubblicazioni, è necessario evitare che esse vengano valutate come titolo a parte, quando siano occorse al candidato per il conseguimento della laurea (tesi di laurea) o della libera docenza.

Soltanto nel caso in cui si tratti di pubblicazioni di eccezionale importanza potrà essere consentita una seconda valutazione, facendone risultare i motivi.

Le pubblicazioni, d'altronde, debbono essere sempre valutate in rapporto all'importanza del posto messo a concorso.

La promozione ad aiuto ordinario.

In risposta ad un quesito prospettatogli, il Ministero dell'Educazione Nazionale ha specificato che la disposizione dell'articolo 3 del R. D. L. 26 gennaio 1939-XVII va intesa nel senso che la promozione ad aiuto ordinario può essere conferita a coloro i quali abbiano prestato servizio di assistente « retribuito » per un periodo non inferiore a tre anni, di cui almeno uno in qualità di assistente ordinario. La disposizione, in sostanza, ha inteso tenere giusto conto della condizione di coloro che avendo prestato servizio in qualità di incaricato, in relazione ai posti di ruolo vacanti, ottengono poi, in seguito al concorso nazionale, la nomina ad assistente ordinario ai posti medesimi, ed ha voluto consentire che il detto servizio già reso possa valutarsi per non oltre un biennio, ai fini della promozione ad aiuto.

I Consiglieri Nazionali medici e farmacisti nelle armi combattenti.

La legge 5 gennaio 1939-XVII ha disposto, come è noto, che in caso di guerra i componenti la Camera dei Fasci e delle Corporazioni avranno il privilegio di essere immediatamente chiamati alle armi e assegnati a unità di prima linea. Ora alcuni Consiglieri Nazionali appartenenti a servizi che non comportano l'impiego in unità di prima linea: medici, farmacisti, commissari, ecc., non potrebbero beneficiare, in caso di mobilitazione, del privilegio loro conferito se non venisse ad essi concesso fin dai tempi di pace la facoltà di chiedere il trasferimento in arma combattente. Senonchè mentre tale trasferimento è possibile

per gli ufficiali di commissariato, sussistenza e amministrazione, non è consentito dalle disposizioni vigenti per gli ufficiali dei corpi sanitario e veterinario. Ora, con disegno di legge presentato alla Camera, in deroga alle accennate disposizioni, viene consentito ai Consiglieri Nazionali medici e farmacisti, che siano ufficiali in congedo di arma combattente, di rimanere nell'arma stessa e dà facolta a quelli di essi che già appartengono al Corpo sanitario e veterinario di chiedere il trasferimento nei ruoli di un'arma combattente di loro scelta.

* * *

A tale riguardo, il prof. G. d'Amico fa rilevare, sul « Tevere » del 12 marzo, che il corpo sanitario è uno dei più esposti in guerra. Come da documentato il cons. naz. Bocchetti, nella grande guerra il corpo sanitario italiano fu il più gravemente colpito dopo la Fanteria (su 1000 uomini si ebbero le seguenti perdite: Fanteria 103,5, Sanità 26,05, Artiglieria 10,3, Genio 9,1, Cavalleria 7,2). Nella guerra italo-abissina fu, invece proprio al primo posto: ebbe 0,64 % di perdite proporzionali, contro 0,36 di tutte le Armi e Corpi messi insieme.

Ne consegue che il Corpo Sanitario Militare merita di essere considerato tra le Armi combattenti. I Consiglieri Nazionali medici che sono attualmente ufficiali del Corpo sanitario dovrebbero dunque essere lasciati in forza in tale Corpo. Quelli che appartengono ad armi diverse, dovrebbero lasciare l'Arma in cui militano e passare nel Corpo sanitario militare, per ragioni di esperienza, di tecnicismo, di competenza. Si consideri che la Sanità è la spina dorsale degli eserciti e che nella Sanità v'è onore e gloria per tutti che vi appartengono.

MEDICINA SOCIALE

La previdenza sociale in Italia.

Alla Camera dei Fasci e delle Corporazioni il Ministro delle Corporazioni Renato Ricci ha rilevato, tra l'altro, che la riforma della legislazione sulla previdenza sociale gestita dall'Istituto nazionale fascista omonimo, ha fatto fare un grande balzo in avanti a questo settore della previdenza.

L'ammontare globale dei contributi assicurativi per il 1939 è — secondo i primi dati ancora approssimativi — di circa lire un miliardo 820 milioni e, di questa somma, circa un miliardo è rappresentato dalle erogazioni.

L'assicurazione infortuni nell'industria, con la riforma operata nel 1935 che — sostituendo il risarcimento in rendita a quello in capitale, ha imposto l'obbligo delle cure intese al ripristino maggiore possibile della capacità lavorativa — ha avuto nel 1939 un gettito di contributi, compresi quelli della assicurazione dei marittimi, di lire 575 milioni circa.

L'assistenza ai lavoratori in caso di malattia è affidata a quegli organismi paritetici che sono le Casse mutue malattie.

Un complesso di 6.715.518 lavoratori è ormai inscritto a questi organismi. A tali cifre occorre aggiungere, nel settore agricolo, 969.855 familiari di salariati, obbligati e braccianti, e 2.810.759 coloni e mezzadri e loro famiglie, cui è stata nell'anno ora decorso estesa l'assistenza malattie. Nel settore dell'industria l'estensione dell'assistenza ai familiari è in corso, a seguito di recenti accordi stipulati fra la Confederazione degli industriali e quella dei lavoratori dell'industria.

Si presume che con tale estensione l'assistenza malattia sarà praticata ad altri quattro milioni di persone.

Si può quindi dire che l'assicurazione generale contro tutte le malattie, preconizzata dalla « Carta del Lavoro », è ormai attuata contrattualmente.

Se vogliamo riunire in qualche cifra di insieme alcuni dei dati numerici testè enunciati, si può dire che nel 1939 circa 4 milioni sono stati destinati all'assistenza in senso lato ed alla previdenza delle classi lavoratrici, mentre per le spese per prestazioni sono state erogate ben 2.435.000.000 di lire.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche.

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Agrigento, il numero dei posti è ridotto a 7; scad. 30 apr.;
Avellino, per 8 posti; scad. 30 apr.;
Bari, per 3 posti; scad. 30 apr., ore 18;
Benevento, per 2 posti; scad. 30 apr.;
Bolzano, per 22 posti; scad. 31 marzo;
Cosenza, per 8 posti; scad. 30 aprile;
Enna, per 2 posti; scad. 30 apr., ore 18;
Firenze, per 8 posti (1 nel capol.); scad. 30 apr.;
La Spezia, per 3 posti; scad. 30 aprile, ore 18;
Messina, per 11 posti; scad. 30 apr., ore 12;
Perugia, per 10 posti; scad. 30 aprile, ore 16;
Pisa, per 9 posti, di cui 2 nel capol.; scad. 15 apr., ore 18;
Sassari, per 5 posti; scad. 31 marzo, ore 19;
Siracusa, per 3 posti;
Taranto, per 2 posti (1 nel capol.), scad. 30 maggio, ore 12.
Teramo, per 4 posti; scad. 31 maggio.
Venezia, per 10 posti (1 nel capol.); scad. 30 aprile, ore 18;
Verona, per 11 posti; scad. 30 aprile, ore 12;
Viterbo, per 3 posti; scad. 30 aprile, ore 12.

Uffici d'igiene e sanità; Ufficiali sanitari:

Genova, per un uff. san. consortile; scad. 20 apr.
Padova, per uff. sanit. in 11 consorzi intercomunali; scad. 31 marzo (il Decreto recante le condizioni dovrà essere richiesto alla « Casa editrice pei Comuni di Padova », via S. Francesco 21).
Pisa, per vice direttore e per medico addetto all'Ufficio di Pisa; scad. 1° maggio.

Laboratori provinciali d'Igiene Profilassi (Sezione med.-micrograf.):

Catania, per 1 coadiutore e per assistente; scad. 31 marzo.
Novara per coadiutore; scad. 30 apr.;
Varese, per coadiutore; scad. 30 agosto.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

APUANIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Direttore del consorzio; proroga al 30 aprile, ore 16.

BORGONOVO VALTIDONE (*Piacenza*). *Ospedale Civile.* — Assistente di chirurgia; titoli; nomina biennale rinnovabile; L. 5500 oltre indenn. serv. att. L. 1000. Scad. 31 marzo, ore 18.

GORIZIA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Cercasi subito medico interino con possibilità futura stabilità. Stipendio L. 900 lorde mensili, vitto nei giorni di guardia. Informazioni maggiori potranno essere richieste alla Direzione dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Concorso per titoli ed esami a tre posti di assistente medico presso il Laboratorio di micrografia e batteriologia dell'Istituto di Sanità Pubblica (grado 9°) con l'annuo stipendio di L. 14.700 e il supplemento di servizio attivo di L. 3.100. Età massima a. 30 s.e.l. Sono escluse le donne. Impegno a prestare servizio anche nei territori dell'Impero. Scadenza 31 marzo 1940.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Cinque medici provinciali aggiunti di 2ª classe; L. 12.400 oltre supplem. serv. att. L. 2300, aggiunte di famiglia; sono escluse le donne e coloro che non hanno compiuto i 18 anni di età. Scad. 5 aprile. Rivolgersi alla Direz. gen. della Sanità pubbl.

SENIGALLIA (*Ancona*). *Ospedale Civile « Principe di Piemonte ».* — Assistente; titoli; scad. ore 18 del 15 apr.; età limite 30 a. al 10 marzo; L. 3000 annue e vitto; nomina biennale, conferma per un anno.

Concorsi a premi.

Concorso per la ricerca di sostanze atte a sostituire l'insulina.

È elevato da L. 30.000 a L. 50.000 il premio da assegnarsi al vincitore del concorso in parola.

Il termine del 31 dicembre stabilito per la presentazione delle domande per la partecipazione al concorso è prorogato al 30 giugno 1940-XVIII.

(*Gazzetta Ufficiale* n. 20 del 25 genn. 1940-XVIII).

Concorso fra studiosi e tecnici italiani per un ritrovato sulla cura dell'anemia perniciosa.

Il termine del 31 dicembre 1939 stabilito per la presentazione delle domande di partecipazione al concorso di cui sopra è prorogato al 30 giugno 1940-XVIII.

(*Gazzetta Ufficiale* n. 19 del 24 genn. 1940-XVIII).

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. H. Vincent, già ispettore generale del Servizio di sanità dell'Esercito francese, professore al Collegio di Francia, è nominato vice-presidente dell'Accademia delle Scienze di Parigi.

L'Università di Berlino ha conferito il dottorato *honoris causa* al prof. Alexander Stanischeff, clinico chirurgo all'Università di Sofia.

Il dott. Warfield T. Longcope è nominato presidente del Consiglio scientifico dell'Istituto Rockefeller di New York.

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE.

È stata concessa la Croce di guerra al valor militare al camerata maggiore medico dott. cav. Carlo Antuzzi, volontario in Spagna e già direttore dell'Ospedale militare 71. Eccone la motivazione:

« Direttore di unità sanitaria avanzata, luminoso esempio di abnegazione e di zelo, ha dimostrato calma e serenità nei momenti di pericolo, continuando la sua opera umanitaria e distinguendosi per spirito di sacrificio e alto senso del dovere. — Guadalajara, Santander, Battaglia dell'Ebro, marzo 1937 - aprile 1938 ».

LIBERE DOCENZE.

Sono state conferite le seguenti libere docenze:

Anatomia umana normale: Enrico Allara;

Anatomia ed istologia patologica: Paola Aragona, Emanuele Tarro, Gualtiero Mulazzi;

Clinica delle malattie nervose e mentali: Adriano Amilcarelli, Luigi Cabitto, Ignazio Passanisi, Luigi Tomasi;

Clinica dermosifilopatica: Leopoldo Bertolotti; Sereno Fiocco, Tito Guerrieri, Romiro Dante Policaro;

Igiene: Cesare Chiarotti.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Bologna:

L'assemblea straordinaria di Bologna dell'Associazione Nazionale Culturale Fascista Stomato-Odontologica.

24 e 25 febbraio 1940-XVIII.

Le due giornate di intenso lavoro dell'Assemblea di Bologna non potevano avere un successo migliore. V'erano presenti quasi tutti i più alti rappresentanti della Odonto-Stomatologia Italiana fra i quali si notavano i professori sen. Perna, sen. Beretta, D'Alise R., Arlotta, De Vecchis, Grandi, Lippo, Roccia, Palazzi, Giorelli, Casotti, Santonè, Mela, Hoffer, Briasco, Manicardi, Maccaferri, Quintarelli, Catania, Campanelli, Bergamini, Ramorino, Mori, Babini, Albanese, Gatto, Benagiano, Muzi, Cipparrone, D'Alise M., Giardino, Gagliardi, De Fazio, ed oltre duecento medici.

Alla seduta scientifica intervennero molti ufficiali medici superiori alcuni dei quali presero anche parte alle discussioni scientifiche.

Il prof. Lippo, Vice presidente dell'Associazione, in assenza del Presidente, aprì la seduta ed invitò al banco della Presidenza i senatori Perna e Beretta. Prese la parola il sen. prof. Perna, il quale dopo aver ordinato il saluto al Duce, espose in rapida sintesi tutta l'importanza dei temi da svolgere; chiamò alla Presidenza il sen. Beretta e lo ringraziò della gentile ospitalità offerta nella sua bella Clinica.

Il generale medico Balestra, il prof. Arlotta ed il dott. Calabrò trattarono i temi loro assegnati sulla terapia degli stomatologi sulle linee di fuoco, negli Ospedali delle retrovie e in quelli di riserva.

Le relazioni riscossero generali applausi e consensi: interloquirono su di esse i proff. De Vecchis, Roccia, Palazzi, Grandi, il dott. Calabrò ed in ultimo il sen. Perna che trattò dei feriti raccolti nelle prime linee e mise in rilievo l'opera da lui svolta durante la grande guerra negli ospedali

che diresse, il Toppo e il Marco Volpe, nei quali furono curati migliaia di casi di fratture mascellari.

Furono ascoltate col più vivo interesse le comunicazioni del prof. Roccia sui trapianti ossei e le fratture con grandi perdite di sostanza ossea e del prof. Palazzi sull'anestesia.

La seduta del 25 fu presieduta dal prof. Lippo. Il prof. De Vecchis trattò del tema « La Coltura odontoiatrica nella legislazione fascista. Quanto si è fatto e quanto resta a fare ». Vivissimi applausi coronarono la fine di questa comunicazione.

Seguì il prof. D'Alise R. che mise in evidenza il lavoro svolto dai pionieri, e si dichiarò d'accordo col prof. De Vecchis circa la invocazione di provvedimenti eccezionali per le scuole di Odontoiatria pur non consentendo nel concetto della esclusività della pratica odontoiatrica ai soli specializzati. Il prof. D'Alise chiese spiegazioni al prof. Palazzi per un suo articolo comparso su un quotidiano di Milano circa la legge Gentile del '23 sulla creazione in Italia di una Scuola Autonoma. Il prof. Palazzi rilasciò una dichiarazione scritta nella quale diceva di non intendere ora tessere l'elogio di quella legge.

Successivamente il prof. Gatto trattò delle disposizioni sindacali ed il prof. Catania dell'abusivismo. Alla fine della seduta il prof. Perna prese la parola dichiarando di rinunciare a voler intrattenere l'uditorio su cose già note e ricordate dagli altri oratori che l'avevano preceduto e si limitò a leggere un ordine del giorno che messo ai voti del Presidente fu approvato all'unanimità.

Nella seduta pomeridiana il prof. Beretta sviluppò maggiormente la sua relazione, trattò della nomina degli esperti, dei giornali multipli, della nomina di un cassiere in seno alla Giunta. Le proposte del sen. Beretta furono accettate ad unanimità.

Il prof. Palazzi invocò la nomina di un Comitato per l'esame dei lavori scientifici da pubblicare sulla rivista. Il prof. De Vecchis redattore capo del giornale si dichiarò contrario a tale proposta per le difficoltà di possibili accordi sul reale valore dei contributi scientifici sui quali i pareri non di raro sono discordi e che vanno giudicati in un senso molto lato e con la massima deferenza alle scuole dalle quali provengono.

Messo in votazione l'ordine del giorno espresso in tal senso dal prof. De Vecchis fu approvato all'unanimità.

La seduta fu chiusa col saluto al Duce.

NOTIZIE DIVERSE

La X Campagna antitubercolare.

La Campagna nazionale antitubercolare nel suo X annuale è stata solennemente inaugurata a Roma il 10 marzo. La cerimonia si è svolta nel Teatro Reale dell'Opera; il raduno è stato reso più vibrante e significativo dall'augusta presenza della Regina imperatrice e di alte Autorità dello Stato.

La cronaca è data ampiamente dai quotidiani, il che ci dispensa dall'occuparcene. Ci limitiamo a notare che hanno parlato, con efficacia, la medaglia d'oro Paolucci e il prof. gr. uff. Petragnani.

Il Pontefice ha inviato un messaggio di plauso e di adesione alla Crociata antitubercolare, e l'ha incoraggiata e benedetta.

Altre manifestazioni si sono svolte e vanno svolgendosi in tutta Italia.

Esse sono state precedute da riunioni dei presidenti e direttori dei Consigli provinciali antitubercolari convenuti a Roma.

Dai primi rapporti giunti alla Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, risulta che oltre settemila medici sono stati impegnati nelle varie province d'Italia, per illustrare al popolo, nella settimana precedente la « Giornata delle Due Croci », le finalità della Campagna antitubercolare.

In molte provincie d'Italia, seguendo le direttive del Ministero dell'Interno, si è approntata l'organizzazione per eseguire l'esame schermografico di intere collettività, onde poter precocemente riconoscere lo stato fisico dei polmoni e sorprendere nella fase iniziale la tubercolosi.

È stata predisposta una larga diffusione di opuscoli, fogli volanti e materiale vario di propaganda preparato dalla Federazione, nel quale in forma varia e sempre attraente sono chiarite le norme igieniche che occorre applicare, oltre che conoscere, per preservare e rafforzare la salute dell'individuo in genere e soprattutto dei bambini, e per la difesa contro la tubercolosi.

Congressi e convegni.

La Società Italiana di Psichiatria (presieduta dal prof. E. Donaggio) terrà il suo XXIII Congresso in Firenze dal 6 all'8 giugno. È all'ordine del giorno la relazione: « L'elettroencefalografia (applicazioni alla clinica neuropsichiatrica) »; relatore il prof. Mario Gozzano, della R. Università di Cagliari. Il prof. Fiamberti ha dichiarato di non aver potuto e di non poter attendere, per circostanze superiori alla sua volontà, allo svolgimento del tema assegnatogli, « Le tossinfezioni nella etiopatogenesi delle psicosi acute »; il Consiglio Direttivo ha preso atto di tale dichiarazione e dei motivi addotti: pertanto tale relazione non potrà aver luogo, rimanendo tuttavia il tema oggetto di comunicazioni.

Coloro che desiderano svolgere comunicazioni, sono pregati di darne avviso, inviandone il titolo, alla segreteria del Congresso, presso la Clinica neuropsichiatrica di Firenze, S. Salvi, non oltre il 31 maggio. Le comunicazioni devono essere consegnate, dattilografate, prima dello svolgimento e in principio di seduta, con un breve riassunto che non superi le venti righe di stampa.

Il XXXII Congresso di dermatologia e sifilografia che sarà organizzato dalla Società omonima assume quest'anno una importanza internazionale. Un gruppo di eminenti scienziati di Germania, Francia, Svizzera, Jugoslavia, Danimarca, Portogallo, Ungheria e altri Paesi hanno già dato la loro adesione. I lavori scientifici si apriranno a Bologna la mattina del 28 marzo.

Il V Congresso internazionale di Pediatria è annunziato a Boston ed a Cambridge (Massachusetts, Stati Uniti) dal 2 al 5 settembre. Lingue ufficiali saranno il francese, l'inglese, l'italiano e il tedesco. Al congresso saranno unite delle esposizioni. Sono in programma escursioni e gite.

Attrezzatura ospedaliera di Roma.

All'Ospedale Policlinico Umberto I, che di recente era stato ingrandito con l'Istituto di Radiologia ed un nuovo padiglione Pediatrico, è ora in

costruzione un altro Padiglione, annesso alla Clinica Ostetrica, la quale, per tal modo, aumenta la sua capacità di 70 letti. Sono in corso di esecuzione i lavori di ampliamento del III Padiglione di chirurgia e dell'Istituto di malariologia. È in corso la ricostruzione e la sistemazione generale del Reparto Isolamento, che comprende due nuovi Padiglioni e un'aula scolastica, la sopraelevazione dei tre Padiglioni esistenti e il riordinamento di tutti i servizi; il Reparto avrà la complessiva capacità di 250 letti, il tutto organizzato in modo perfetto. L'inaugurazione avverrà il 21 aprile.

All'Ospedale del Littorio è in via di completamento il nuovo Padiglione della Maternità, che sarà pure inaugurato il 21 aprile ed avrà una capacità di 170 letti e 50 culle. Il fabbricato, progettato dall'ingegner Gasparri, comprenderà sei piani, di cui uno semi-interrato. Procedono con ritmo accelerato anche i lavori per un Padiglione di medicina capace di 200 letti, in due reparti, ciascuno dei quali sarà diretto da un primario.

All'Ospedale di Santo Spirito sono stati eseguiti vari lavori, tra cui un nuovo edifizio adibito ad ambulatori ed a reparti radiologico e fisioterapico; segnaliamo inoltre le sistemazioni dei cortili artistici e i restauri degli affreschi nelle sale Baglioni e Lancisi.

Il vecchio Ospedale di S. Giacomo è stato rimesso a nuovo e consolidato nelle parti deperite.

Per l'insieme dei lavori era preventivata la somma di 45 milioni, in cui non è compreso l'importo di un nuovo Padiglione pediatrico che sorgerà nell'Ospedale del Littorio.

L'Amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma intende anche di far sorgere un grande e moderno Ospedale nella zona dell'E. 42.

Centro di cure antiadenoidee a Genova.

È stato inaugurato a Genova un centro di cure antiadenoidee per gli appartenenti alla G. I. L. In esso vengono curati in tre turni di quindici giorni ciascuno, 50 ragazzi per turno, reclutati dal Comando federale della G. I. L. Tale reclutamento è continuativo e viene fatto attraverso i medici scolastici e i sanitari addetti ai Gruppi rionali e ai Fasci della Provincia. Quanto prima si attrezzeranno due altri centri a Chiavari e ad Arenzano.

Ufficiali medici della Regia Aeronautica presso istituti scientifici.

L'Agenzia « L'Italia d'oggi » informa che sono stati designati in base ai titoli presentati, quali assistenti alle cliniche ed istituti scientifici delle RR. Università del Regno i seguenti ufficiali medici in s. p. e. del Corpo sanitario aeronautico per la designazione a fianco di ciascuno di essi indicata: De Cilia Francesco Paolo, capitano medico, Istituto di fisiologia della R. Università di Milano; Beltrandi Giuseppe, tenente medico, clinica otoiatrica della R. Università di Torino; Minieri Salvatore, tenente medico, clinica oculistica della R. Università di Roma; Tentino Euripio, tenente medico, Istituto di psicologia della Università cattolica del Sacro Cuore di Milano.

Notizie sanitarie di guerra.

Il Ministero inglese della Sanità ha deliberato che non sosterrà più le spese per il mantenimento degli studenti in medicina dislocati da Londra nel territorio, salvo che la loro opera si rendesse necessaria. È da notare che nel territorio l'insegnamento clinico risulta inadeguato, in rapporto alla perfetta organizzazione degli ospedali londinesi d'insegnamento clinico.

A Londra un terzo dei letti ospedalieri resta sempre riservato ai feriti da possibili incursioni aeree. Gli studenti in medicina che in maggioranza erano stati dislocati nel territorio tornano a Londra; le accettazioni sono in rapporto con la disponibilità di letti destinati all'insegnamento.

Alla Camera dei deputati francese è stato deposto un progetto di legge che limita l'esercizio della professione ai medici stranieri di età inferiore a 50 anni, i quali durante i primi dieci mesi di ostilità non abbiano richiesto di arruolarsi per la durata della guerra. La legge non ammette deroghe, comporta disposizioni rigorose e prevede sanzioni severe.

I dottori Dujarric de la Rivière e Pouget hanno proposto l'organizzazione di un « treno sanitario contro le epidemie », simile a quelli pel trasporto ed il trattamento dei malati e dei feriti, ma attrezzato per la disinfezione e la disinfestione; avrebbe lo scopo di lottare contro alcune malattie che si propagano attivamente in tempo di guerra. Comprenderebbe una Sezione d'igiene corporale (docce, disinfestione, disinfezione) e un laboratorio; la locomotiva fornirebbe acqua calda per le docce a vapore, per gli autoclavi e per il riscaldamento. (Treni del genere già funzionano in Italia). Si preconizza la stessa attrezzatura su autocarri e su battelli.

In Francia il ministro dei lavori pubblici e dei trasporti ha stabilito che le infermiere della Croce Rossa, in servizio nel territorio e nell'Esercito, beneficieranno dei viaggi gratuiti in prima classe, per gli spostamenti di servizio e per i congedi regolari ed i permessi straordinari.

Un po' dovunque.

L'Ente Nazionale Prevenzione Infortuni (E. N. I. I.) ha organizzato un istituto di medicina industriale a Brescia; esso si aggiunge a quelli già esistenti a Roma, Torino, Milano, Genova, Firenze, Napoli, Palermo e Iglesias; è diretto dal prof. Pancheri.

La Lega Italiana per la lotta contro i tumori ha costituito un Comitato femminile.

Il Consigliere Nazionale prof. Eugenio Morelli, dell'Università di Roma, ha tenuto all'Università di Budapest, il 14 marzo, una conferenza sulla « Lotta antitubercolare in Italia » nella quale ha illustrato le iniziative adottate per volontà del Duce, onde combattere il grave morbo.

Sono stati solennemente inaugurati a Napoli, alla presenza del Principe di Piemonte, i nuovi locali e l'aula magna della Società Reale, riordinata secondo i recenti statuti con la fusione delle quattro Accademie Reali, tra cui la R. Accademia medico-chirurgica. Il presidente sen. Salvi ha tenuto il discorso inaugurale.

Dal 2 al 26 maggio si terrà a Parigi, nei Campi Elisi, la 2ª Mostra della Francia d'oltremare. Vi sarà uno *stand* delle pubblicazioni mediche dell'impero francese e delle pubblicazioni di medi-

cina tropicale della metropoli, allo scopo di illustrare lo sforzo scientifico dei medici francesi nelle colonie e l'interesse crescente della medicina metropolitana per la medicina e l'igiene coloniali. L'organizzazione si deve alla « Revue du Paludisme et de Médecine tropicale » (rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnière 36, Paris IV[e]).

Il prof. Giuseppe Solarino, straordinario di patologia generale nalla R. Università di Bari, ha tenuto la prolusione al corso, parlando su « Rapporti tra leucemie e tumori ».

A Edimburgo è stata inaugurata una nuova Maternità modernissima, « Simpson Memorial Maternity Pavillon », nella « Royal Infermery ».

Il colonnello medico Moffert, dell'Esercito svizzero, a proposito della guerra attuale, sottolinea come la campagna d'Etiopia sia stata una smagliante dimostrazione di perfetta organizzazione dei servizi d'igiene al fronte e nelle retrovie. Si pensi alle difficoltà che dovettero essere superate per fornire 600.000 limoni al giorno, onde prevenire lo scorbuto (« Bruxelles-Méd., 3 mar. 1940).

Nella Scuola nazionale di educazione fisica e sportiva dell'Università del Brasile, a Rio de Janeiro, è stato organizzato un corso di medicina specializzata, per la preparazione tecnica nell'educazione fisica. Un decreto del presidente della Repubblica stabilisce che i diplomati potranno essere nominati medici scolastici di società sportive.

Ad iniziativa della Federazione nazionale italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi ed in collaborazione con la Direzione delle scuole e dell'Ufficio di igiene del Governatorato di Roma, è stata iniziata una vasta inchiesta radiografica nelle scuole dell'Urbe per conoscere lo stato di salute degli scolari ed in particolar modo le condizioni cliniche del torace, quale manifestazione della Campagna antitubercolare.

« L'Avvenire Sanitario » del 10 marzo reca un profilo dell'editore Luigi Pozzi, tracciato dal dott. L. Verney.

Sui monti metalliferi nella regione dei Sudeti, ora in possesso della Germania, sono state scoperte nuove miniere di uranio, dalle quali si estrae il radio. Dal 1905 al 1935 la produzione radio dalle miniere sudetiche è ammontata a 59 grammi.

Col 1° aprile entra in vigore, nella Germania, un nuovo ordinamento per la preparazione delle assistenti e delle aiutanti tecnico-mediche. La formazione di questo personale avrà luogo secondo un piano unico per tutto il Reich; i corsi durano uno o due anni; i corsi biennali autorizzano a una maggiore autonomia nell'attività professionale.

In Germania il consumo di birra nell'anno finanziario 1938-39 fu di 48.11 milioni di ettolitri, il che segna un aumento di 10.3 % rispetto all'anno precedente, nel quale fu a sua volta di 9.3 % superiore a quello dell'anno precedente. Rispetto al 1932-33 si è prodotto un incremento di circa 43 %. Nel primo trimestre del 1939-40 si registra un ulteriore aumento. Si è deciso di abbassare il contenuto alcoolico della birra, in modo che una parte dell'orzo rimanga disponibile per l'alimentazione.

Secondo il nuovo ordinamento della burocrazia in Germania, i docenti privati e gli assistenti delle Scuole superiori vengono compresi nel Servizio superiore, 1ª categoria (sono equiparati ad assessori).

Il Ministro del Lavoro del Brasile ha destinato cento sacchi di caffè in dono ai lavoratori italiani degenti nell'Istituto « Carlo Forlanini » di Roma.

Il dott. Lorenzo Abbo, sessantenne, esercente a Montecatini Val di Cecina, si faceva trasportare in motocicletta presso un malato grave; ma sulla via ghiaiosa la macchina sbandava: il guidatore non riportò alcuna ferita grave, mentre il dott. Abbo è morto all'istante.

È morto a Rouen certo Casimiro Berthier, vissuto per 23 anni con un proiettile nel ventricolo sinistro del cuore (vi penetrò il 1° settembre 1916, all'assedio di Verdun). Attualmente vive certo Marcello Bailboneil che dal 1915 porta pure nel cuore una pallottola (ricevuta nella Champagne). — Si conoscono vari altri casi analoghi.

Il medico americano Paolo Petrillo, specializzatosi in... associazioni a delinquere, era a capo di una banda di criminali: medici, agenti d'assicurazioni, impresari di pompe funebri e vedove... di professione. Queste ultime spingevano i mariti a contrarre forti assicurazioni sulla vita e quindi li avvelenavano. Il Petrillo, riconosciuto colpevole di più di 200 delitti, è stato condannato alla sedia elettrica.

Il dott. Cornelius di Parigi ha intentato causa contro l'autore di un libro giallo, ove un Cornelius figura da ladro; il Tribunale di Parigi accordò al medico un indennizzo di 500.000 franchi, ma la Corte d'Appello ha annullato la sentenza, perchè nel mondo vi sono molti altri omonimi.

Il 29 febbraio è scaduto il termine per la cancellazione dei professionisti di razza ebraica dagli albi o dai ruoli; una proroga richiesta non è stata accordata.

Nella Clinica ostetrico-ginecologica « Luigi Mangiagalli » di Milano, è nato un bambino del peso di 6350 grammi, da certa Geltrude Ridarelli, che un anno e mezzo prima, nella stessa clinica, aveva avuto un bambino del peso di 5800 grammi.

È deceduto il dott. LOUIS DARTIGUES, uno dei più brillanti chirurgi della capitale francese, allievo di Pozzi. Fu promotore e uno dei fondatori dell'Umfia, assertrice della latinità nel campo medico.

È deceduto a Parigi, in età di 68 anni, il prof. FÉLIX TERRIEN, che nel 1925 era succeduto al suo maestro De Lapersonne nella cattedra di clinica oftalmologica all'Hôtel-Dieu. Ha contribuito ai progressi della chirurgia orbito-oculare; ha assunto un compito importante nell'orientare l'oftalmologia verso la neurologia e la medicina generale.

È deceduto in età di 76 anni il prof. GIOVANNI GALLERANI, che insegnò fisiologia per 36 anni a Camerino e, dopo la soppressione di quella Facoltà medica, fu trasferito a Bari, ove rimase per circa un decennio; andò a riposo nel 1935.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Pathol., 15 sett. — L. CIRIO. Nefrosclerosi pielonefritiche. — A. GIAMPALMO. Atrofie spleniche di alto grado.

Acta Med. Scand., IV-VI. — L. STURNIK e al. Vitamine. — G. F. von BELEN. Anoressia nervosa e magrezza ipofisaria. — L. KOSTER. Glicerofosfati nelle feci. — A. W. ELMER e al. Saccarosuria. — H. RANNUSSEN. Calcinosi accompagnante colite ulcerativa.

Journ. A. M. A., 23 sett. — H. B. MATTHEUS. Shock ostetrico. — F. W. TAYLOR. Gangrena arteriosclerotica. — H. T. HYMAN. Chemioterapia intensiva precoce della sifilide.

Lancet, 23 sett. — D. WILLIAMS. Trattam. dell'epilessia. — R. WENNER e K. JOEL. Stilvestrolo e anidro-ossi-progesterone.

Brit. Med. Journ., 23 sett. — P. K. MELOWAN, M. CRITCHLEY. Allucinazioni. — E. C. BEUN. Sulfanilamide nella scarlattina.

Arch. Intern. Med., sett. — H. M. KATZIN e al. Cirrosi « cardiaca » del fegato. — C. LEROY STEINBERG e L. C. SUTER. Attività fosfatasica nell'artrite cronica. — M. E. GREEN e J. S. SNOW. Dermatite da tiocianato. — C. F. GARVIN. Polmonite lipoidea.

Omnia Med., 3-6. — A. ROBECCHI. Poliartrite cronica primitiva. — A. TADDEI. Febbre transitoria del neonato. — G. GIANNI. Sindrome di Loeffler.

Settim. Med., 21 ag. — T. MILONE. Composti sulfonamidici e fenom. diassociativi dello streptococco.

Münch. Med. Woch., 6 ott. — C. HEGLER. Malattie trasmissib. al campo. — M. HOCHREIN. Cuore e sport.

Acta Med. Scand., I-II. P. IVERSEN e K. ROHOLM. Biopsia d'aspiraz. del fegato. — P. DE MURA. Trattam. della giardiasi. — J. CLAUSEN. Azione del vomito e della nausea sulla funzione renale. — S. MOESCHLIN. Ossidocarbonismo acuto.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 1 ott. — C. MALAGUZZI VALERI e P. PATERNÒ. Ac. nicotinico, nicotinamide e secrez. gastr.

Deut. Med. Woch., 6 ott. — RÖSGEN e SCHULZE-GAHMEN. La vacca come sorgente di infezioni da Schottmüller.

Journ. A. M. A., 30 sett. — T. WRIGHT e al. Peritonite diffusa da perforaz. dell'appendice. — F. M. MCKEEVER. Tbc. del ginocchio. — Y. F. TSAO e al. Complicazioni renali della terapia sulfapiridinica.

Deut. Med. Woch., 20 ott. — SIEBERCK. Apprezzamento della capacità di lavoro del cuore. — CAMERER. Cura della meningite epid.

Münch. Med. Woch., 20 ott. — P. MÜHLEN. Tifo petecchiale e ricorrente al campo. — W. RAITTEL. Nuove vie nel trattam. delle infezioni suppurative.

Rif. Med., 14 ott. — R. DAVOLI e S. JUCKER. Ricerche etiologiche su di una epidemia influenzle. — G. MAROTTE. Etiologia del morbillo.

Med. Klinik., 20 ott. — Medicina di guerra. — H. REIMORIN. Azotemia extra-renale. — A. HEINRICH. Infarto acuto del cuore.

Brit. Med. Journ., 14 ott. — A. LYALL. Ricambio del cloro. — G. PEGZE. Psichiatria di guerra.

Sem. Méd. Españ., 14 ott. — L. FARRERONS-CO. I fondamenti dell'allergia.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 1° Aprile 1940-XVIII Num. 13

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

PROLUSIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE E TERAPIA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA
Direttore prof. GUIDO IZAR.

Ammalati. Clinica. Terapia.

Il tema di questa prima lezione potrà forse riuscire oscuro a qualcuno di Voi che non è ancora addentro alle cose nostre di medicina. Per spiegarlo è necessario risalire un po' addietro nell'ordinamento universitario e studiarne le successive modifiche, particolarmente in rapporto alla Cattedra di Clinica medica, la sola che qui interessa.

Con la legge Casati, che unificava e codificava l'insegnamento Universitario, alla Cattedra di Clinica medica era devoluto l'insegnamento della Clinica medica generale e della Semeiotica medica, indipendentemente da ogni insegnamento clinico speciale ed a base di questi stessi insegnamenti specializzati.

La Clinica medica generale doveva, oltre che insegnare ai giovani con la Semeiotica come esaminare un ammalato, dalla raccolta dell'anamnestico famigliare, remoto, presente, ai rilievi subiettivi ed obiettivi, alle tecniche per gli esami speciali, apprendere sopratutto ai giovani come applicare sull'ammalato le varie nozioni assunte negli anni precedenti dalle lezioni di Patologia speciale medica dimostrativa. Doveva cioè insegnare ai giovani a leggere nel grande libro del malato per trarne elementi ad un giudizio diagnostico e prognostico.

L'ammalato, che per il Patologo medico poteva solo servire per la esemplificazione dei vari sintomi riferiti quali appannaggio della malattia oggetto della lezione, diveniva, trasferito in Clinica medica, obietto a se stante della lezione perchè doveva fornire tutti gli elementi necessari e sufficienti per giungere non solo ad una diagnosi generica di malattia ma ancora ad una diagnosi specifica di malattia nel caso particolare, tenuti presenti e l'andamento speciale della forma morbosa e il quadro da essa assunto e, sopratutto, le condizioni anatomiche e fuzionali dei vari organi e dei vari apparecchi.

Compito meraviglioso, compito principe dell'insegnamento medico universitario perchè spettava alla sola Clinica medica generale di

porre il giovane in condizioni di poter giungere ad una diagnosi specifica, di fare cioè dello studente di medicina un medico pratico.

Ma così inteso e limitato il compito dello insegnamento impartito dalla Cattedra di Clinica medica generale presentava una enorme lacuna, perchè se il giovane veniva addestrato nell'esame dell'ammalato, se veniva fatto capace di giungere ad una diagnosi precisa sotto tutti i riguardi, non era invece posto in grado di applicare quegli insegnamenti che la Farmacologia gli aveva forniti come base per una razionale terapia.

Si aveva così uno strano fenomeno; che mentre il futuro medico si poteva considerare tale dal punto di vista della diagnosi non si poteva considerare tale dal punto di vista della terapia, sia sintomatica, sia causale, sia specialmente di urgenza.

Il neolaureato era potenzialmente capace di curare, perchè aveva avuto dalla Farmacologia ampie nozioni sulla azione e sugli effetti dei farmaci, ma non era addestrato ad applicare queste nozioni fondamentali al caso particolare, tenuto sopratutto conto della costituzione fisica, del grado di funzionalità dei vari organi ed apparati, della minore o maggiore gravità della forma morbosa, delle complicanze. Mancanza così grave che determinò in alcune Università la creazione di Cattedre di Terapia, per lo più affidate agli stessi insegnanti di Farmacologia: mancanza così grave che determinò la formazione ed il fiorire di Scuole mediche ospedaliere per addestrare i giovani alla pratica medica, ma sopratutto per addestrarli alla Terapia medica, a quella terapia che costituisce la vera ragione della funzione del medico.

Maggiormente poi si sentì questa mancanza quando, con la istituzione degli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio professionale, si richiese ai giovani, laureati pochi giorni prima, di riassumere in una relazione scritta la diagnosi, la prognosi e la terapia dell'ammalato loro assegnato.

Si stabilì e si codificò così una solenne incongruenza fra le materie oggetto di insegnamento per la laurea in medicina e le nozioni richieste ai candidati all'esame di abilitazione all'esercizio medico, perchè mentre non figurava nell'insegnamento clinico la terapia questa era però richiesta, e come applicazione pratica per di più, per la abilitazione alla professione di medico.

Deficienza ed incongruenza che risultò subito evidente sin dai primi esami di Stato e si riflettè purtroppo, sui risultati di questi esami, specialmente per riguardo ai laureati appartenenti a grandi Università dove, essendo venuto meno l'insegnamento pareggiato, ben difficile poteva riuscire ai giovani di allenarsi singolarmente anche nel campo della terapia.

Voi forse penserete che il giovane avrebbe potuto, studiando da sè sui libri, colmare questa lacuna. La Vostra osservazione che potrebbe essere esatta nei riguardi di una scienza teorica non è invece certamente esatta nei riguardi della Terapia medica, scienza esclusivamente pratica, scienza che richiede, oltre alle perfetta padronanza della Farmacologia, anche una larga esperienza perchè questa possa essere applicata al singolo individuo nelle speciali condizioni in cui si trova.

Ma credo che qualche esempio pratico valga più di un ragionamento teorico.

Prendiamo ad esempio un caso di diabete mellito. Anche il volgo ormai conosce che la terapia di questo stato morboso, di questa particolare alterazione del metabolismo degli idrati di carbonio, ha per fondamento due regole: introdurre il minimo degli idrati di carbonio sotto forma di alimento: favorirne la utilizzazione da parte dell'organismo a mezzo di iniezioni di insulina. Ma perchè queste due regole fondamentali siano ben applicate quanto acume occorre al medico pratico. Egli deve dapprima stabilire attraverso il peso del corpo, l'altezza, l'età, il sesso del soggetto, le calorie necessarie al ricambio energetico in riposo assoluto: deve aumentare o diminuire queste calorie a seconda del peso del soggetto e tenuto conto della sua professione: deve considerare il grado della glicemia: deve misurare la tolleranza reale agli idrati di carbonio, cioè la quantità di idrati di carbonio che possono ancora essere metabolizzati: deve ricercare la presenza o l'assenza di una lesione renale che possa limitare l'introduzione di protidi: deve stabilire se esista o meno una alterazione nel metabolismo dei grassi e, in caso positivo, determinare se essa provenga da eccessiva introduzione di grassi o da autofagia, da utilizzazione cioè dei grassi e dei protidi dell'organismo stesso per fabbricare zucchero. E quando ha chiarite tutte queste incognite e stabiliti tutti questi fattori, necessari per la determinazione della quantità di alimenti da ingerire, ma sopra tutto per stabilire la loro diversa ripartizione nelle tre grandi categorie dei glicidi, dei protidi e dei grassi, rimangono ancora due incognite da risolvere: la tolleranza dell'individuo all'insulina: la attività della insulina stessa in rapporto al soggetto, se si tratta cioè di soggetto insulino resistente o meno.

Ma prendiamo un caso più semplice. Un soggetto affetto da malaria.

Già col latte materno ognuno di noi ha succhiato la cognizione che la malaria equivale a chinina, che la malaria si combatte con la chinina. Di conseguenza il medico, stando a questi postulati, che ancora si leggono in qualche libro edito solo dieci anni fa, dovrebbe di fronte ad un caso di malaria applicare

subito la cura chininica ricorrendo come si usava un tempo alla introduzione di chinina per via sottocutanea sotto forma di iniezioni.

Fortunatamente i nostri medici coloniali non sono di questo parere. Dico fortunatamente perchè se così fosse noi dovremmo ora lamentare un risorgere di quel flagello che grazie alle previdenze del Governo Fascista, grazie alla volontà del Duce stà per scomparire dalla nostra bella Italia. Il concetto che malaria e chinina formassero un binomio indissolubile è costato molto a noi che sino a pochi anni or sono abbiamo avuto una parte della nostra Italia colpita dalla malaria. La chinina da sola non vince la malaria: occorre che la sua azione sia integrata da altri preparati più attivi o da altri accorgimenti. Ma sopra tutto dal punto di vista altruistico, per proteggere cioè gli altri da una possibile infezione, per sterilizzare le fonti di contagio, la chinina deve essere sostituita da altri preparati sintetici che possano avere ragione delle forme di resistenza, che possano distruggere quei gametociti che succhiati dalla anofelina la rendono infetta ed infettante.

Ma ammettiamo pure per un istante che il binomio malaria-chinina sia posto esattamente: che ogni malarico debba essere trattato con la chinina. In che dosi dovrà essere somministrata in rapporto alla età, alle condizioni generali, al tipo di infezione? Per quale via dovrà il medico introdurla e con quali modalità dovrà somministrarla a seconda che si tratta di una terzana semplice primaverile o di una estivo-autunnale o di una perniciosa? Come si comporterà se vi è contemporaneamente una lesione renale o se vi è intolleranza o ipersensibilità o idiosincrasia alla chinina? Come si comporterà se vi è chinino-resistenza?

E perchè la chinina da sola non basta ma deve essere integrata in cure alternanti con altri preparati, gli stessi problemi si affacceranno per ciascuno di questi e si ripeteranno ancora quando si vorrà procedere alla sterilizzazione del malarico per evitare ad altri il possibile contagio attraverso le anofeline vettrici del virus.

Io potrei continuare a lungo su questo tema: ma penso che basti un ultimo esempio, forse il più evidente perchè vi narra la storia precisa e dolorosa di tanti casi a me occorsi nella mia lunga pratica nell'isola del sole. Voi tutti conoscete certo l'amebiasi, quella parassitosi diffusa in tutto il mondo, un tempo ritenuta come malattia tropicale, che si insedia nell'intestino crasso e da qui può dare gravi metastasi in tutti gli organi. Dall'empirismo si apprese che l'amebiasi si cura con l'ipecacuana: Roger insegnò ad usare il principio attivo di questa radice, l'emetina. Da allora si stabilì l'equazione amebiasi = emetina. Equazione esattamente posta perchè sinora non conosciamo che un solo preparato, l'acetilarsano, che possa sostituire l'emetina nella lotta contro l'amebiasi.

Equazione che va però applicata *molto bene*, (badate che non dico applicata male) perchè se applicata *non bene* può riuscire anche molto pericolosa per il soggetto ammalato. È di ieri la storia di una giovane signora alla quale il medico aveva prescritto la cura emetinica alla dose di 4 ctgr. *pro die*. La signora segue la cura e dopo 10 iniezioni vede comparire una notevole debolezza agli arti inferiori che si accentua dopo le iniezioni successive e si muta in paraplegia flaccida, paralisi cioè dei due arti inferiori. È di ieri la storia della giovane moglie di un Clinico che alla 6ª iniezione di 4 ctgr. di emetina *pro die* notò una sensazione di oppressione al cuore che si accentuò dopo le iniezioni successive e condusse a morte la povera paziente. È di ieri la storia di un signore di 60 anni trattato con emetina alla dose di 4 ctgr. al giorno che dopo solo 4 iniezioni presentò un collasso vasale così imponente da farne ritenere prossima la fine.

Perchè questi disturbi? era forse la dose eccessiva? No, la dose era esatta, direi anzi modesta; ma, e qui sta l'errore dei Colleghi, in tutti e tre i casi essi avevano dimenticato di aggiungere nella prescrizione la indicazione « la cura deve essere eseguita sotto il diretto controllo del medico », perchè solo un medico che abbia visto applicare una cura emetinica può conoscerne i suoi effetti sul sistema vasale periferico, sul sistema nervoso periferico e, per valutarne la entità, può controllare giornalmente il comportamento della pressione arteriale e dei riflessi tendinei; perchè solo un medico che abbia visto applicare una cura emetinica sa che per evitare tristi conseguenze deve aggiungere alla cura specifica una cura con cardiocinetici del gruppo della digitale e con eccitanti nervini del gruppo della stricnina, usati entrambi in dosi adeguate alle condizioni del soggetto ammalato.

Come poteva assumere queste condizioni in modo preciso e pratico il laureando se ancora nel 1935 si discuteva, e la discussione si svolse sotto forma di elegante dibattito in sede di Facoltà a Messina, se alla Cattedra di Farmacologia spettava o meno l'insegnamento della Terapia medica applicata: in altre parole si discuteva se l'insegnamento di Farmacologia dovesse pure avere un congruo numero di ammalati in reparto specializzato per insegnare la Terapia medica applicata!

Fortunatamente la nuova riforma dell'insegnamento universitario ha troncato un dibattito che andava crescendo di intensità e minacciava di farsi bufera. Affermando ancora una volta con questo provvedimento la somma attenzione che dedica alla esatta soluzione dei vari problemi universitari, S. Ecc. Bottai

ha ordinato che all'insegnamento della Clinica medica generale fosse abbinato l'insegnamento della Terapia medica.

È vero che nel contempo la riforma, muovendo dal sano concetto di dare ai vari insegnamenti univocità di indirizzo, toglieva alla Clinica medica l'insegnamento della Semeiologia e assegnava alla Patologia medica quello della Metodologia clinica: *privava cioè in apparenza* la Clinica medica di un cardine ma completava l'insegnamento della Patologia medica assunto ormai ad insegnamento biennale.

Ho detto « *privava in apparenza* » perchè, se sta di fatto che nella denominazione degli insegnamenti spettanti alla Cattedra di Clinica medica non figura la Semeiologia medica, questa mancanza nominale non solleva il Clinico dall'obbligo di insegnare la Semeiologia medica in quelle Università dove non esiste un apposito incarico, perchè fra Metodologia clinica e Semeiologia medica esiste la stessa differenza che intercorre fra Patologia medica e Clinica medica: la Metodologia clinica insegna le leggi generali e la tecnica generale per rilevare i vari sintomi obbiettivi: la Semeiologia medica applica queste leggi al singolo caso, al soggetto uomo: l'uno è un insegnamento teorico, l'altro è un insegnamento pratico.

Tornando al nostro tema, grazie all'intervento tempestivo di S. Ecc. Bottai, la Clinica medica potè finalmente, dopo tanti anni, vedere ufficialmente colmato quel deficit che non solo la minorava, la rendeva monca e parziale nei riguardi della applicazione pratica delle nozioni impartite, l'arrestava alla soglia della medicina vera, ma ancora, alla stregua dei nuovi ordinamenti universitari, la poneva in netta inferiorità rispetto a quanto veniva richiesto per gli esami di abilitazione per la professione di medico.

*
* *

Risolto così il problema dal punto di vista legale resta a vedere come e in quale modo debba venire attuato il vasto programma di insegnamento che spetta alla Cattedra di Clinica medica generale. Non è certo mia intenzione di far delle critiche nè tanto meno di fare della pura oratoria retorica. Per evitare questi due punti, antipatico il primo, vuoto il secondo, Vi dirò come ho fatto sin ora e come continuerò a fare: in altre parole cosa intenda io per insegnamento di Clinica medica e di Terapia medica affinchè tale insegnamento riesca di vera utilità e sopratutto abbia un indirizzo pratico.

Anche se il ripetere la stessa cosa torna a noia, insisto nel precisare che il compito della Cattedra che ho l'onore di coprire nella Vostra bella Siena è triplice. Impartire contemporaneamente, ed in modo che i tre insegnamenti si coordinino fra di loro, l'insegnamento della Semiologia medica, l'insegnamento della Clinica medica, l'insegnamento della Terapia medica. In altre parole, e con espressione più semplice, insegnare ad esaminare l'ammalato per raccogliere gli elementi positivi ed escludere i negativi: insegnare a coordinare e sintetizzare questi elementi per giungere alla diagnosi: insegnare a stabilire in base agli elementi assunti la terapia adatta alla forma morbosa applicata al caso particolare.

L'insegnamento risulta così di tre fasi: una fase analitica, una fase sintetica, una fase terapeutica.

Ma, badate bene, questo triplice insegnamento per riuscire di vera utilità al futuro giovane medico deve essere condotto in modo da permettere che egli possa seguire e comprendere tutto lo sviluppo delle tre fasi nei loro successivi passaggi.

È pertanto necessario, prima di continuare, che io faccia qui tre dichiarazioni.

La prima è questa: io ritengo che un insegnamento a tipo scientifico-pratico per riuscire della maggiore utilità al maggior numero dei giovani debba tenersi al livello delle medie intelligenze, della massa cioè degli studenti. Se l'insegnante si eleva di troppo nel suo dire torna certamente poco comprensibile ai più: faciliterà è vero l'ascesa delle intelligenze più vivaci, solleciterà questi forti ingegni a migliorare, ma nel contempo allontanerà da sè gli ingegni medi che, perdonate miei cari giovani, sono la maggioranza.

La seconda dichiarazione è questa: io ritengo che l'insegnamento clinico-pratico debba sopratutto abituare il giovane ad affrontare le contingenze più frequenti della pratica medica, tenuta presente la somma importanza del fattore « *individuo* » nella evoluzione e nella prognosi della forma morbosa. Secondo il mio modo di vedere non è compito del Clinico di illustrare solo i casi rari, i casi eccezionali, quei casi che forse sì e forse no capiteranno poi alla osservazione del futuro medico una o due volte in tutta la sua vita centenaria; non è secondo me compito del Clinico di ricercare solo le minuzie sorvolando su quanto è materialmente più tangibile e più evidente. Ammetto che un Clinico possa, una o due volte nel corso dell'anno accademico, presentare qualche raro caso: ammetto che un Clinico voglia e desideri fare sfoggio del suo vasto sapere, della profondità della sua analisi: ma dichiaro pure che questo non deve tornare a danno dello insegnamento pratico ma solo completarlo.

La terza dichiarazione è questa: io ritengo che allo studio dell'ammalato oggetto della lezione debbano collaborare, anzi esserne artefici principali, i giovani del terzo biennio, cioè i giovani iscritti al 5° e 6° corso di medicina. Con questo terzo punto entriamo però in una discussione di grande attualità: investiamo il problema del numero delle Cliniche

mediche rispetto al numero degli studenti iscritti in una Università: entriamo nel dibattuto argomento del numerus clausus: tocchiamo il più scottante problema delle grandi e delle piccole Università in riguardo al frutto pratico che esse possono dare per la preparazione dei futuri medici. Anzichè tediarVi con una discussione teorica, non certo adatta al mio temperamento, Vi porterò un solo esempio pratico, poi Vi dirò il mio personale pensiero.

Napoli, la più grande Facoltà medica d'Italia fino a pochi anni or sono, ha sentito un tempo il bisogno di aumentare a tre le sue Cliniche mediche nonostante, notate bene, che un numero grande di gloriosi insegnanti pareggiati compissero allora un'opera degna del più grande encomio a lato ai professori ufficiali.

Il numerus clausus, secondo il mio punto di vista, deve essere inteso nel senso che il numero delle Cattedre di materie sperimentali, di insegnamenti che richiedono illustrazione pratica al letto dell'ammalato o al tavolo di laboratorio, deve essere in rapporto diretto col numero degli studenti iscritti al corso. Per la Clinica medica in particolare io ritengo che non sia possibile insegnare bene e con frutto a più di 80-100 laureandi, cioè a 200 studenti del biennio, sempre si intende avendo a disposizione mezzi tecnici adeguati, sia come personale assistente e subalterno, sia come numero di ricoverati. Quando il numero dei laureandi sorpassi gli 80 e raggiunga i 100 la Cattedra di Clinica medica deve essere sdoppiata e gli studenti ripartiti fra le due Cattedre.

Punto di vista personale che si fonda sui risultati di 13 anni di insegnamento clinico, ma sopratutto sulla convinzione profonda che il Clinico medico per ottenere dei risultati positivi nel suo insegnamento debba personalmente conoscere uno per uno i suoi allievi: debba averli abituati singolarmente allo esame dell'ammalato: debba averli avuti come collaboratori nella prima fase del triplice compito della Clinica, la fase analitica, durante il 5° anno di corso: debba pure averli avuti collaboratori nella seconda fase, la sintetica, durante il 6° anno di corso, per poterli giudicare, pesare, comprendere, per poter provvedere a colmare le eventuali deficienze, a stimolarne le attività sopite, ad incoraggiarli, per compiere insomma quell'opera che un vero insegnante fascista deve giudicare scopo della sua vita, ragione precipua dell'ufficio affidatogli.

Forse Voi giudicherete questo mio modo di vedere eccessivo se non esagerato sopratutto considerando come risultati ottimi hanno pure raggiunti i grandi Clinici del passato che insegnavano in grandi Università come Roma, Napoli, Bologna. Ho detto fin dal principio che non è certo mio desiderio far delle critiche a chicchessia; tuttavia questo Vostro lecito dubbio deve venir confutato perchè non si può certo paragonare l'insegnamento clinico di un passato anche vicino a quello attuale, sopratutto dal punto di vista delle molteplici nuove scienze che sono da allora sorte, ingigantite, rese necessarie per lo studio completo non solo del malato ma anche dell'individuo sano: perchè non si può certo paragonare l'insegnamento clinico di un passato anche vicino a quello attuale con i progressi meravigliosi che la scienza medica ha fatto in questi ultimi decenni. Cosiderate soltanto il campo delle malattie renali: considerate il campo delle malattie del ricambio: considerate tutte le nuove conoscenze sulla protozoologia e sulla bacteriologia delle malattie esotiche e tropicali: considerate la importanza che ha assunto la Radiologia e la Chimica biologica nello studio dell'ammalato: considerate la importanza dello studio della funzione dell'organo a lato allo studio del suo stato anatomico: considerate l'importanza degli ormoni e delle vitamine nella terapia pratica. Passi da gigante che hanno singolarmente ingrandito il compito già vasto della Clinica medica, che hanno reso necessaria ai giovani una preparazione ben più ponderosa e ben più profonda, ma che nel contempo hanno offerto il modo di lottare e vincere contro malattie ritenute sino ad ora inguaribili.

*
* *

La lunga disgressione non deve distogliermi dal precisarVi come io intenda di svolgere il mio triplice insegnamento perchè riesca di utilità ed abbia, sopratutto, un indirizzo pratico.

In alcune Università la lezione clinica viene preparata dal Direttore della Clinica con la collaborazione esclusiva del personale assistente, al quale spetta di raccogliere una storia clinica dettagliata e di completarla con tutti gli esami di laboratorio possibili ed immaginabili: vi è anzi il vezzo di dare un predominio a questa parte di laboratorio sulla parte semiologica.

Fatto questo l'insegnante presenta in iscuola l'ammalato facendo per lo più leggere la storia, raccolta ho detto dal personale assistente, da un assistente o da un laureando. Letta la storia il Clinico passa alla discussione del caso mettendo in luce le difficoltà diagnostiche, il modo di superarle, e, di recente, parla anche della terapia.

La tecnica del mio insegnamento è alquanto diversa perchè la storia clinica del caso in discussione viene raccolta da due giovani: uno studente del 5° anno ed uno studente del 6° anno. Allo studente del 5° anno, detto storiografo, spetta la raccolta della prima fase, la fase analitica: deve cioè illustrare per esteso l'anamnesi famigliare, l'anamnesi remota, l'anamnesi prossima, lo stato attuale al momento dello esame, precisando non solo i rilievi positivi ma abituandosi ancora a delimitare con esattezza tutti i vari organi e ad indagare, sia

dal punto di vista anatomico che dal punto di vista funzionale, lo stato dei vari organi e dei vari sistemi. A questo scopo il giovane storiografo è autorizzato a richiedere al personale assistente di poter eseguire tutte le indagini di laboratorio o, per alcune più difficili, di poterne conoscere i risultati, ed a richiedere tutti i sussidi delle Scienze e delle Cliniche collaterali che ritiene necessari nel caso particolare per illustrare lo stato presente dell'ammalato. Con questo sistema la fase analitica viene completamente assunta dallo studente storiografo sotto la guida e la direzione del personale assistente: lo studente non solo impara sul vivo la Semeiologia medica ma impara ancora a far tesoro, senza inutile lusso, di quei preziosi ausilii che gli possono fornire il laboratorio e le Scienze e le Cliniche collaterali.

Abbinato allo storiografo vi è il giovane relatore del 6° anno che, oltre ad assumere una diretta responsabilità sulla esattezza dei rilievi dello storiografo, ha il compito precipuo di riassumere la parte positiva della relazione analitica per attuare la seconda più importante fase, la sintetica, che deve portarlo alla diagnosi. In più egli deve ancora aggiungere e precisare in dettaglio, formulando anche la precisa ricettazione, la terapia che ritiene sia da applicare all'ammalato a lui assegnato. In queste due ultime fasi, sintetica e terapeutica, anche il laureando relatore è assistito dal personale assistente; nel dubbio è ancora autorizzato a richiedere il mio consiglio durante le visite serali.

Ma vi è ancora una parte importante che riesce veramente efficace dal punto di vista pratico per abituare i giovani ad esporre in modo preciso, con termini appropriati le proprie ragioni di fronte ad un pubblico tecnico o ad un pubblico non tecnico. Infatti quando l'ammalato viene portato in lezione non si legge la storia clinica, ma lo storiografo deve esporla di viva voce illustrando la tecnica adoperata per rilevare i singoli sintomi, per delimitare i vari organi, per ispezionare e valutare lo stato funzionale degli stessi organi e dei vari sistemi. A lui segue lo studente relatore che espone anch'esso di viva voce, senza leggere, la via seguita per giungere alla diagnosi ed illustra la terapia precisando le ragioni che lo inducono a scegliere l'uno piuttosto che l'altro farmaco.

Con questo sistema, che in 13 anni di applicazione pratica ha fatto sì che nessun laureando della Università di Messina venisse respinto nella prova medica agli esami di Stato, io ottengo di abituare i giovani a ragionare, di abituare i giovani a studiare profondamente oltre che il caso in particolare tutto quel gruppo di malattie che possono entrare nella diagnosi differenziale, di abituare i giovani ad applicare le nozioni fondamentali impartite loro dalla farmacologia, di abituarli sopratutto all'arte del ricettare, arte ormai quasi in disuso per l'eccesso o l'abuso direi io di preparazioni specializzate: ma ottengo sopratutto di abituare i giovani a parlare, ad esporre le loro vedute in modo semplice, piano, con perfetto linguaggio tecnico: e questo lo comprenderete facilmente se considerate che questi giovani studenti devono parlare ad alta voce davanti a Voi, tutti bravi giovani singolarmente considerati, ma che costituite il pubblico più pericoloso e più difficile quando Vi trovate insieme riuniti in un'aula universitaria.

In apparenza il mio sistema toglie a me gran parte del lavoro. Ma invece lo aumenta, ed io non me ne lamento, perchè io non Vi ho ancora detto che la storia clinica, scritta e firmata dallo storiografo e dal relatore, viene consegnata a me alcuni giorni prima della lezione: che essa viene da me letta e giudicata: che io studio l'ammalato per mio conto: che la mia presenza attiva è costante durante la esposizione sia dello storiografo che del relatore: che io intervengo a correggere qualche piccolo, possibile errore di tecnica o di rilievo: che alla fine della esposizione del relatore io sintetizzo tutte le tre fasi ed espongo le mie vedute diagnostiche, che quasi sempre collimano con quelle del relatore, ma sopratutto le mie vedute terapeutiche, che spesso non collimano con quelle del relatore perchè, purtroppo, egli ha dovuto studiare sui libri scolastici dove la terapia è quasi sempre in arretrato di almeno 10 anni sul progresso della Terapia pratica.

Un'altra forte obiezione si può muovere a questo sistema: che adattando questo metodo di insegnamento si possono solo illustrare le malattie ad andamento cronico o ad andamento subacuto, mentre sfuggono le malattie a decorso acuto e sopratutto viene ad essere in deficit la terapia di urgenza. A parte il fatto che di questa pecca non è immune anche il vecchio metodo, occorre che io aggiunga che quando ritengo necessario di illustrare un caso acuto io prego personalmente due giovani, scelti fra i migliori, di volersi assumere il compito di esaminare nel più breve tempo possibile l'ammalato per riferire nella lezione che immediatamente segue. Naturalmente in questi casi la storia clinica è più sintetica, riguardando sopratutto i dati positivi così come deve essere l'analisi in un caso di urgenza: naturalmente in questi casi la relazione è anche essa più breve e si limita a precisare se la diagnosi può essere condotta per via diretta o se invece è necessaria una diagnosi differenziale e la via indiretta, ad illustrare le ragioni che inducono alla diagnosi, a dare per sommi capi l'indirizzo terapeutico, per lo più sintomatico, eccezionalmente patogenetico.

Ed io approfitto allora di questi casi, che per altro non capitano di frequente, per parlare sopratutto della terapia di urgenza illustrando

tutte le modalità tecniche ed i vari agenti farmaceutici da adottarsi a seconda della predominanza di questo o di quel sintoma.

Ma io dedico ancora alcune lezioni per parlare di alcune terapie, quali l'emostatica, la ipotensiva, la dietetica, che solo raramente possono essere illustrate in tutte le loro varie applicazioni nel corso di un biennio.

Vi ho già detto dei risultati conseguiti con questo sistema di insegnamento della Clinica Medica generale per 13 anni nella Università di Messina. Vi dico ora che io sono fermamente convinto che questo sistema darà certamente migliori frutti qui in Siena, perchè i primi approcci informativi di questi giorni con la Vostra intelligenza e con la Vostra cultura mi hanno dimostrato, mi piace di dichiararlo pubblicamente perchè ne vada il giusto merito ai Colleghi carissimi della Facoltà che ne sono gli artefici, che Voi siete ottimamente preparati sia materialmente che spiritualmente per assumere questo insegnamento, per comprenderne tutta la importanza e la utilità, per apprezzarne lo scopo strettamente altruistico, ma sopratutto che è in Voi la stoffa, l'animo, la coscienza di futuri perfetti medici.

OSSERVAZIONI CLINICHE

DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE UMBERTO I DEL CIRCOLO DI MONZA
Direttore: Prof. ANTONINO CIMINATA.

Interessante caso di sarcoma post traumatico del ginocchio.

Prof. dott. MARCELLO PETACCI
cap. medico nella R. M., assistente militare.

Il fattore trauma nella genesi di certi tumori maligni in specie di osteosarcomi è stato oggetto di numerosi studi.

Il voler riprendere l'argomento ci pare tuttavia giustificato, considerando che ogni osservazione clinica può sempre apportare un modesto contributo al tuttora dibattuto problema della genesi dei tumori oltre che alle controverse questioni, inerenti al riconoscimento del diritto al risarcimento dei danni in malati affetti dal cosidetto osteosarcoma posttraumatico.

Senza voler fare una requisitoria completa sulla questione che, come ripeto, fu spesso ed estesamente trattata da vari autori, mi ripromettо di trarre qualche conclusione sintetica, partendo dalle considerazioni che mi suggerisce il caso di personale osservazione.

Si tratta di un autista di 39 anni, celibe, senza importanti precedenti anamnestici con R. W. negativa.

Nel 1917, cioè all'età di 20 anni, durante il servizio militare, riportò una frattura al terzo inferiore della gamba destra; e nello stesso tempo una contusione al ginocchio omonimo. Guarì perfettamente dopo adeguate cure. Nel 1928 l'am. riportò, trovandosi al lavoro, una nuova contusione al ginocchio destro che divenne sede di *intensi dolori* e si era visibilmente tumefatto. Il primo sanitario consultato, basandosi sul trauma sofferto dall'ammalato, fece diagnosi generica di sinovite traumatica. Le cure prescritte dal sanitario non fecero scomparire i dolori e la tumefazione, questa anzi andò progressivamente aumentando di volume.

In base al reperto del primo esame radiologico fu fatta poi diagnosi *di ossificazione postraumatica*. L'ammalato si è trascinato in queste condizioni, per quasi cinque anni senza accennare ad alcun miglioramento nonostante le varie cure prodigate. In seguito, per necessità, riprese con grande fatica, il lavoro che continuò per circa tre anni.

Negli ultimi dieci mesi i dolori divennero intollerabili, mentre la tumefazione, raggiunse proporzioni allarmanti, ostacolando qualsiasi possibilità di attività fisica, ed obbligando il povero infortunato a trascinarsi con l'aiuto del bastone.

I dolori continui, unitamente al costante uso dei narcotici, hanno influito sulle condizioni generali dell'ammalato, tanto che ottenuto nuovamente il ricovero in Ospedale a carico dell'Ente assicurativo vi giunse in condizioni pietose.

Tralascio l'esame obbiettivo dettagliato dell'ammalato che si riassume nel quadro di un soggetto in estreme condizioni di deperimento.

In quanto all'esame locale, l'arto inferiore di destra si presentava deformato per la presenza di una tumefazione del volume di una testa di feto in ottavo mese, che interessava il terzo inferiore del femore ed in parte il terzo superiore della tibia. Detta tumefazione appariva maggiormente sviluppata posteriormente verso il cavo popliteo. Le masse muscolari della coscia si presentavano in uno stato di grave atrofia, che dava maggior risalto alla tumefazione del ginocchio. La cute sovrastante la tumefazione appariva lucente e solcata da estesa rete venosa. Al termotatto, la regione del ginocchio risultava più calda di quella del lato sano e delle regioni sopra e sottostante. La cute era mobile sul piano sottostante, ma tesa.

Alla palpazione la massa risultava di consistenza uniformemente dura sia anteriormente che posteriormente, ove essa occupava, quasi tutto il cavo popliteo; a superficie liscia, modicamente dolorante alla palpazione. In alto verso il femore ed in basso verso la tibia la tumefazione terminava senza limiti ben netti a forma di fuso. Non si avvertiva il battito della poplitea mentre in basso si percepiva bene quello della pedidia.

Nessun segno di ostacolata circolazione all'estremità distale dell'arto. La mobilità attiva fu limitata alla possibilità di sollevare stentatamente l'arto dal piano del letto. La flessione e l'estensione del ginocchio, attiva e passiva, era impossibile, risultando l'articolazione bloccata in modica flessione.

Alla radice della coscia, si palpavano numerose linfoghiandole mobili non doloranti; le linfoghiandole si avvertivano anche dall'altro lato.

L'ammalato al suo ingresso in ospedale ci mostrò alcune lastre eseguite all'inizio della malattia. Questo reperto radiologico di antica data ci ha

permesso, dopo il confronto con un nuovo esame eseguito dopo il ricovero, di giudicare l'evoluzione della malattia progressiva ed inesorabile.

Ho seguito l'ammalato per circa tre mesi. Al principio l'ammalato non accettò l'intervento demolitivo, in seguito l'ulteriore ritardo fu dovuto all'attesa della necessaria autorizzazione degli organi competenti.

Riassumendo brevemente la storia notiamo: che si tratta di un uomo giovane, che subisce a distanza di un lungo intervallo di tempo due traumi sullo stesso arto, ma non nella stessa sede. Dopo il secondo trauma apparentemente di scarsa entità compaiono intensi e persistenti dolori e si forma nella sede del trauma una tumefazione, che viene interpretata come dovuta al trauma e diagnosticata come ossificazione post-traumatica. L'ulteriore sviluppo avutosi nei sei anni successivi dimostra che tale tumefazione era di natura sarcomatosa.

L'esame istologico praticato sul tumore asportato ha dato il seguente reperto:

Fibrosarcoma a cellule polimorfe (fusate, rotonde, giganti), sviluppatosi da condroma sorto in sede traumatica. I nuclei cartilaginei si interpretano più facilmente come residui di condroma che come parte prodotta dal sarcoma (condro-fibrosarcoma) perchè le cellule presentano note degenerative, senza però avere una morfologia atipica e perchè tali nuclei non sono ben delimìtati dal resto del tessuto sarcomatoso, che al contrario penetra in esso con abbondanti zaffi.

Le lamelle ossee che quà e là ancora si trovano, vanno interpretate come residui di femore in via di riassorbimento ad opera del tessuto sarcomatoso. Infatti le cellule ossee sono in chiaro stato regressivo.

Le cellule giganti vanno interpretate come tipici elementi gigantocellulari sarcomatosi e non come osteoclasti, differenziandosi da questi perchè allungati, o troppo ricchi in nuclei che sono fusati e molto vacuolari, anzichè rotondeggianti e piuttosto compatti.

Reperto radiologico:

Immagine radiografica di sarcoma sclero-ossificante con il decollamento del periostio in avanti, rottura della corticale o strie radiate in dietro. Numerosi isolotti osteoblastici si alternano con zone di osteolisi, dando alle epifisi un aspetto macchiettato: il tumore si fonde nelle parti molli. L'infiltrazione, la distruzione diffusa, l'assenza di limitazioni, la reazione periostea con la rottura della corticale, sono segni della malignità del tumore.

Questi elementi raccolti dall'anamnesi e dai reperti radiologici ed istologici, parlano in favore di un rapporto tra il trauma e la comparsa del tumore.

Vediamo innanzitutto quali sono i criteri fondamentali che ci autorizzano ad ammettere un rapporto tra il sarcoma ed il trauma.

Il Segond li ha formulati per primo. Le condizioni occorrenti per ammettere l'esistenza di un legame patogenetico tra il trauma ed il tumore furono discusse al Congresso di Medicina Legale a Lilla nel 1925 da Raphael, da Levy e Wainwright nel loro rapporto al Ministero di Lavoro Americano nel 1928 e da Janneney al Congresso Francese di Chirurgia nel 1928. Queste condizioni presumono la concorrenza di tre circostanze.

1) assoluta integrità della regione colpita e del colpito stesso prima del trauma;

2) entità sufficiente del trauma;

3) identità di sede del trauma e del tumore.

Secondo altri autori le condizioni sopra riferite non sono sufficenti a stabilire un nesso tra il trauma e lo sviluppo del neoplasma.

Si esige precisamente la certezza che il trauma sia effettivamente avvenuto e non simulato o ipervalutato nella sua entità; che tra la comparsa del tumore ed il trauma esista una continuità nel susseguirsi dei fenomeni subbiettivi (dolori) ed obbiettivi (fatti suppurativi, ulcerativi necrotici), che sia accertabile una rispondenza tra il volume del tumore in esame e l'intervallo corso al momento del trauma in rapporto all'energia proliferativa del tumore stesso.

Zigler aggiunse un'altra condizione: « se il tumore dopo il trauma cresce lentamente è verosimile escludere che esso sia esistito anteriormente al trauma », giacchè neoplasmi preesistenti in ispecie i sarcomi, di fronte all'azione di un fattore meccanico reagiscono sempre con un rapido accrescimento. Tali sintomi però devono comparire subito o per lo meno in uno spazio di tempo assai breve dopo il trauma.

Eunike, convinto sostenitore della tesi sul valore del trauma nella genesi degli osteosarcomi, vuol ammettere che il tumore possa svilupparsi anche in una sede dove il trauma non abbia agito direttamente ma per contraccolpo. In questo particolare caso pensa Eunike, si tratta però di soggetti predisposti ad essere portatori di tumori (« diatesi neoplastica »), ed il trauma favorisce la insorgenza del tumore in una determinata regione del corpo, creando il locus minoris resistentiae. È doveroso aggiungere che la tesi dell'Eunike non è affatto condivisa da altri autori.

*
* *

La prima delle succennate condizioni è la più difficile ad essere controllata e giudicata. L'ammalato abitualmente afferma di non aver accusato mai prima del trauma alcun disturbo nella sede ove si riscontra il tumore; l'esame radiologico, unico reperto obbiettivo di valore, manca nella maggioranza dei casi. Tal-

volta invece al primo esame radiologico possono sfuggire i segni iniziali del neoplasma e l'ammalato viene giudicato sano al momento del trauma.

Non meno difficile risulta il controllo dell'entità del trauma; dobbiamo certamente scartare il trauma seguito da frattura e tutti quei casi, in cui il sarcoma si è sviluppato in sede di callo osseo, casi nei quali l'entità del trauma risulta senza altro accertata.

Eccetto questi casi, la violenza del trauma va valutata necessariamente tenendo conto della sensibilità dolorifica dell'interessato e del rilievo obbiettivo dei segni immediati e tardivi del trauma (impotenza funzionale parziale o completa, ecchimosi) posizione sociale ed assicurativa del colpito.

Esaminando la casistica, ormai abbastanza numerosa, si rileva facilmente come in taluni casi un trauma se non del tutto trascurabile, almeno di scarsa entità, fu motivo di una reazione locale sproporzionata all'importanza e violenza del colpo ricevuto.

In talune storie si trova riferito come, una banale contusione, abbia costretto l'infortunato a rimanere immobilizzato a letto per un tempo assai lungo con dolore vivo e persistente in sede del trauma. Ci viene spontaneo chiederci se in questi casi ove la sproporzione tra l'effetto e la potenza del trauma è evidente, non si tratti di soggetti ignari di essere stati portatori del tumore nel qual caso il trauma avrebbe messo in rilievo una condizione patologica preesistente.

In appoggio a questa supposizione viene anche un'altra constatazione che i sarcomi posttraumatici, come quelle spontanei si riscontrano nelle sedi di predilezione dei sarcomi ossei e cioè al terzo inferiore del femore, al terzo superiore della tibia, e dell'omero.

È noto che la sede di predilezione del sarcoma osteogenetico si trova nelle ossa lunghe, esattamente nella regione iuxta-epifisaria di essi: localizzazione analoga a quella dell'osteomielite degli adolescenti. L'arto inferiore, in ispecie quello di destra, è il più frequentemente colpito.

Il sarcoma osteogenetico interessa la diafisi solamente nel 10-15 % dei casi, nel rimanente 85-90 % secondo le statistiche, il sarcoma appare a livello dell'estremità ossee delle epifisi fertili.

Il tumore si origina alla estremità metafisaria inferiore del femore, superiore della tibia e dell'omero. Questa origine costante nel giovane in cui l'estremità ossea è provvista di cartilagine di coniugazione, lo è meno nell'adulto. La localizzazione alle epifisi fertili può essere spiegata con un lungo periodo di accrescimento, per i traumatismi a cui la regione è esposta, per la trasformazione attiva della cartilagine in sostanza ossea. L'epifisi inferiore del femore è colpita nel 75 % dei casi, la diafisi lo è raramente.

Per ciò che riguarda la terza condizione di Segond, ritengo sufficiente di ricordare quanto ho già accennato sulla tesi dell'Eunike.

Nel caso che forma l'oggetto del presente studio, merita di essere rilevato come l'infortunato, avendo riportato la frattura al terzo inferiore della gamba, ebbe in seguito notevole risentimento al ginocchio omonimo, ciò che potrebbe essere messo in rapporto con un tumore iniziale preesistente al terzo inferiore del femore.

Sicchè un trauma, anche di scarsa entità, colpendo un segmento osseo già sede di tumore potrebbe essere causa di dolori e di disturbi funzionali notevoli, affatto in rapporto con la forza contundente. Non meno fallaci appaiono le condizioni richieste dagli altri autori in aggiunta a quelle formulate da Segond.

È ovvio che per stabilire che si tratti veramente di un infortunio bisogna accertare che l'infortunio sia veramente avvenuto. Ciò non è sempre facile, specie se ci troviamo di fronte ad un simulatore.

L'infortunato, d'altronde, può essere in buona fede riferendo di aver sofferto un colpo violento, basando il proprio giudizio non già in base alla forza dell'urto che il suo corpo ha subito a contatto con quello contundente, ma sulle immediate conseguenze ed in primo luogo riferendosi al dolore e alla limitazione della capacità funzionale dell'arto leso.

La discriminazione di questi ultimi elementi di giudizio, può pertanto essere oltremodo indaginosa e l'errore di interpretazione è facile a commettersi qualora, come fu già sopra detto, il trauma colpisca un segmento osseo, sede di tumore latente ed ignorato.

Molto difficile è apprezzare il rapporto tra il volume del tumore in esame e l'intervallo decorso dal momento del trauma in rapporto all'energia proliferativa del tumore stesso.

Un criterio discriminativo al riguardo non è solamente difficile ma direi quasi impossibile, in quanto che nulla o poco si conosce sull'energia proliferativa del tumore come d'altronde è noto che i tumori a sviluppo lento, lentissimo, in un determintao momento e spesso per opera di fattori esterni, quale trauma, biopsia ecc., acquistano potere di rapido accrescimento.

Sicchè sembra giustificato il criterio adottato da vari AA., i quali, tenendo conto del rapido sviluppo post-traumatico del tumore, credono di poter concludere che tale tumore preesisteva già al momento dell'infortunio.

Ziglar, in proposito, disse che qualora il tumore dopo il trauma aumentasse lentamente di volume è possibile escludere la sua esistenza anteriore: giacchè i neoplasmi che esistevano prima, in ispecie i sarcomi, di fronte ad un insulto meccanico reagiscono sempre con un rapido accrescimento; tale sviluppo però dovrebbe essere apprezzabile subito o per lo meno in uno spazio di tempo assai breve dopo il trauma.

L'analisi delle condizioni basi indispensabile per ammetere un nesso tra il trauma e l'insorgenza del neoplasma, dimostra quanto gli elementi discriminativi siano scarsi e soggetti ad obbiezioni. Un elemento di giudizio di un certo valore potrebbe essere p. e. l'intervallo di tempo, qualora accertabile, intercorrente tra l'epoca del trauma e la comparsa del tumore.

A questo riguardo è opportuno riferire l'opinione dei patologi sul tempo di evoluzione del sarcoma, intendendo con ciò il tempo trascorso dall'epoca della presumibile origine del tumore, alla comparsa dei sintomi rilevabili clinicamente:

	evoluz. in mesi
Sarcoma periosteo fuso cellulare	25
Sarcoma periosteo globo-cellulare	18
Sarcoma osteoide	16
Sarcoma centrale fuso cellulare	13
Sarcoma centrale globo-cellulare	9

Secondo GROSS:

	evoluz. in mesi
Sarcoma periosteo osteoide	16
Sarcoma centrale globo-cellulare	23
Sarcoma centrale fuso cellulare	42
Sarcoma centrale giganto-cellulare	46

Secondo HUET (1926):

	evoluz. in mesi
Sarcoma periosteo	25
Condro sarcoma	10
Fibro-sarcoma	46
Tumori non ben differenziati	32-22-13

Si potrebbe dedurre da questi dati che l'evoluzione larvata del sarcoma si calcola da uno a due anni.

Lo studio dei dati esposti nella prima tabella, rileva la loro discordanza e toglie la possibilità di trovare un elemento di giudizio definitivo obbligandoci a prendere in considerazione gli elementi controversi. La discordanza di

TABELLA N. 1.

SARCOMA COMPARSO DOPO UN TRAUMA.

A.A.	giorni	mesi	anni
Livini	4		
Licini	3-4		
Lowenthal	– –	– –	12-15
Laurenti			3 e mezzo
Marbaix	12		
Bonnet	15		
Stern	21		
Borelli	20		
Linger		1	
Juillard		1 e mezzo	
Speciale	8		
Giardini	– –	3	
Mosto		5	
Relizzi			
Colgi			6
Thei e Chalter e Flinter		3	1
Courboid Suffit	21		1
Segond			2-3
Thiem			2-3
Oslive e Le Meignen			
Oliva		2	
Rallo			3
Turner e Wangh		5	
Magi		6	
Tavernier		2 e 7 giorni	
Berard		2 e mezzo	
Bianchetti		8	
Fortin		2	
Leclercg		5	
Cannata		3	
Caeiro		2	
Montanari		6	

opinioni è assai manifesta nelle opinioni espresse su questo tema dai vari autori. Così per Berti un periodo superiore a 12 mesi trascorsi dalla

data del trauma alla comparsa del neoplasma è sufficiente per escludere qualsiasi rapporto tra i due fatti in parola. Lövenstein afferma che nel 53 % dei casi l'inizio clinico della forma neoplastica suole manifestarsi già sei mesi dopo il trauma (affermazione come risulta dalla tabella suesposta alquanto arbitraria). Theilhaber fissa i limiti della comparsa del sarcoma dopo il trauma intorno ai 9 mesi. Flinter considera sufficiente un periodo da un anno ad un mese. Cobey accetta come intervallo legale tra il trauma e la comparsa del tumore, anche 7 giorni. Courtois, da tre settimane ad un anno, per Thiem sono sufficienti già dieci giorni. Segond fissa due o tre anni la data di apparizione del tumore: il sarcoma, secondo questo autore, per manifestarsi, ha bisogno di circa 4-7 mesi. Stern e Thiem pongono come limite massimo lo spazio di due o tre anni; Oliva e Le Meignen ritengono che già subito dopo un anno il rapporto col trauma comincia a perdere il valore clinico.

Appare chiaro, dai brevi spunti suesposti, che attualmente, per opera di molti studiosi, il materiale clinico in proposito risulta ricco di osservazioni; non si hanno pertanto dati sufficientemente concordi per stabilire un criterio positivo, sul rapporto intercorrente tra il fattore trauma e la comparsa dell'osteosarcoma.

Vogliamo ora riassumere in una tabella i dati clinici raccolti dai vari autori sul quesito riguardante il rapporto tra il trauma e la genesi dell'osteosarcoma.

In quale percentuale il trauma è riferito nell'anamnesi dei malati affetti dell'osteosarcoma?

Dalla disamina della tabella N. 2 appare che la percentuale dei sarcomi, di cui la genesi viene messa in relazione con il trauma, oscilla in limiti abbastanza ampi e cioè tra il 50,60 % in talune statistiche e tra il 2 e il 3 % nelle altre.

TABELLA N. 2.

A.A.	Trauma constatato nel %	A.A.	Trauma constatato nel %
Löwenthal	44 %	Leugnich	2 %
Löwenstein	34 %	Kenipf	2.5 %
Coley	27 %	Thiem	13 %
Schindseder	35 %	Liaber	13.4 %
Rabok	19 %	Machol	7.1 %

Segue TABELLA N. 2.

A.A.	Trauma constatato nel %	A.A.	Trauma constatato nel %
Wurtz	2.66 %	Cavazzoni	12 %
Kahle	27 %	Jourdan	2.3 %
Potel	10 %	Ransch	6 %
Gross	43 %	Heinatz	20.3 %
Boas	15 %	Ruff	4.1 %
Kocher	30 %	Villata	4.72 6.35 %
Wolf	14 %		
Wild	4 %	Roepke	14 % (trauma acuto) 9 % (trauma cronico)
Ziegler	20 4 %	Sandovel	7 %
Heurteux	7.6 %	Ruff	4.1 %
Putti	47.16 %	Sahrazes	12 %
Jeanneney	12 %	Wathey	12 %
Corrart	12 %		

Risulta inoltre che le statistiche più recenti basate su una più ricca casistica, sono quelle che riportano le percentuali più basse.

Così Roussy, basandosi su 2000 osservazioni di tumori maligni, osservati dal 1921 al 1928, dice che solo in due casi si poteva prendere in seria considerazione il valore causale del trauma nel determinismo del tumore.

Bloodgood, ha potuto constatare che su 400 sarcomi, del totale di 1000 tumori ossei studiati, la lesione ossea neoplastica fù già rilevabile radiologicamente al momento del trauma, in modo che al trauma fu riservato solo l'ufficio di rilevare la presenza di un tumore sinora ignorato. Villata (statistica del Centro Diagnostico per i tumori a Torino) su un totale di 762 malati affetti da tumore, ha potuto stabilire con certezza che solo in 17 di essi vi fu un traumatismo, cioè nella percentuale del 2,23 %; e limitando la statistica ai soli sarcomi, Villata riferisce che su 127 sarcomi, solo in 6, od al massimo in 8 casi (4,72, 6.65 %) il trauma poteva essere preso in considerazione come fattore patogenetico.

Questi ultimi dati basati su di un cospicuo numero di osservazioni cliniche ben studiate e controllate, limitano ancora di più l'importanza dell'azione oncogenetica del trauma nella eziopatogenesi degli osteosarcomi.

Le varie ipotesi formulate dagli autori per trovare una razionale spiegazione al ruolo del

trauma nella genesi degli osteosarcomi, mancano invero di elementi positivi.

La scarsa conoscenza dei fenomeni biologici scatenati dall'azione traumatica di cui l'evolversi può eventualmente condurre allo sviluppo di un tessuto a carattere neoplastico, ha negativamente influito sulla chiarezza dell'ipotesi finora ideale.

Si chè, certuni affermano che « la disposizione congenita delle cellule è all'origine del sarcoma traumatico », volendo così dimostrare come nell'infinità di traumi che avvengono si contino solamente pochi casi di sarcomi.

Altri ancora vogliono considerare il trauma quale agente determinante o scatenante. Maggiormente confusi diventano i concetti, quando gli autori tentano di penetrare nell'intimo meccanismo dell'azione di un trauma in rapporto alla genesi del sarcoma.

Trattasi di un'azione diretta del trauma sui tessuti o indiretta, cioè conseguente ai processi rigenerativi dei tessuti colpiti?

Altra tesi in relazione ai processi rigenerativi è quella secondo cui il trauma, causando la comparsa di stravasi sanguigni nella compagine del segmento osseo colpito, potrebbe creare condizioni favorevoli allo sviluppo del neoplasma per la metaplasia connettivale riparativa in sede traumatica.

Si potrebbe allungare di molto l'elenco dei nomi e delle tesi svolte di vari AA. senza portare con ciò maggior luce al problema.

Le varie ipotesi si appoggiano sulle osservazioni cliniche spesso scarse di numeri, mal controllate, sopratutto mancanti nella maggioranza di qualsiasi indicazione sullo stato e le condizioni del segmento osseo antecedente al trauma.

Scarso valore indubbiamente è da attribuire alle teorie, che parlano di « diatesi neoplastica, di attitudine costituzionale o ereditaria » ecc.; queste ipotesi, non avendo alcuna base sperimentale e clinica, non sono da prendere in seria considerazione. Possiamo ammettere che in certi traumatismi si determini una lesione di elementi nervosi periferici la cui riparazione come sappiamo è più lenta di quella del tessuto osseo rigenerativo?

L'attività proliferativa del tessuto osseo verrebbe così a sfuggire al controllo del sistema nervoso (Petacci). (1).

Ma siamo sempre nel campo delle ipotesi.

Ciò che rimane di positivo è l'osservazione clinica che in un determinato numero dei casi, piccolo che sia, come appare dalle statistiche recenti, in seguito al trauma ed in sede di trauma, l'infortunato, a scadenza di tempo più o meno breve, si accorge della presenza di un sarcoma.

È evidente, dall'analisi di statistiche cliniche, che attualmente, nonostante i numerosi contributi clinici, molti quesiti rimangono oscuri ed attendono tuttora risposta.

L'incertezza del giudizio e la mancanza di criteri clinici positivi, si riflette sfavorevolmente anche sui problemi medico legali connessi allo studio degli osteosarcomi post-traumatici.

In primo luogo quali elementi sono in nostro possesso per affermare o negare, se in un soggetto con la cosiddetta « predisposizione neoplastica » è solamente ed unicamente il trauma a mettere in atto il complesso svolgersi dei fenomeni, che portano alla genesi del tumore?

Inoltre in un individuo portatore di tumore latente, un trauma può stimolare il potere di accrescimento del tumore e conseguentemente il rapido sviluppo ed invasione dei tessuti circostanti?

È possibile inoltre che un tumore benigno, sotto l'azione del fattore traumatico, si trasformi in maligno?

Gli AA. sono nella grande maggioranza dei casi concordi nell'accettare l'azione sfavorevole del trauma sull'evoluzione del tumore preesistente, mentre nulla di certo ci offre la patologia degli altri due quesiti.

Comunque, allo stato attuale delle nostre nozioni, non si può negare il diritto al risarcimento del danno a quegli infortunati nei quali si può stabilire in base ad una coincidenza di tempo e di fenomeni clinici un rapporto tra il trauma e il tumore.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce di un interessante caso di sarcoma post-traumatico osservato personalmente in clinica.

Cerca di portare con questa osservazione clinica un modesto contributo all'importante problema della genesi dei tumori.

(1) Gli elementi nervosi che secondo quanto ho altrove accennato (v. Bibliografia) presiedono oltre che alla funzione anche all'accrescimento degli organi secondo una determinata finalità una volta seriamente compromessi dal trauma non potrebbero esplicare la loro funzione trofica per cui le cellule ossee, nel nostro caso, oltrepasserebbero la naturale necessità riparatrice del callo sganciandosi fatalmente da un meccanismo fisiologico per entrare direttamente nel campo patologico con un accrescimento atipico e disordinato, indefinito, e quindi neoplastico.

Riferisce sulle differenti opinioni di numerosi autori sull'argomento.

Studia il problema dal punto di vista medico-legale.

BIBLIOGRAFIA.

BÈRARD. Lyon Chir., t. XXVI, 1928.

BLOODGOOD. Am. Journ. of. Surg., t. XXXIV, sept., 1920.

CHRISTENSEN. Am. of. Surg., t. LXXXI, juin, 1925.

CODMAN. Surg. Gyn. Obst., t. XLII, 1926.

DELITALA. Bibiografia Ortopedica, n. 6, 1927, pag. 189.

FALDINI e SCAGLIETTO. Riv. di Radiol. e Fisica med. Bologna, t. II, n. 2, 1930, pag. 265-282.

HINTZE. Arch. f. Klin. Chir., t. CLXII, nov. 1930.

KIENBOCK. Mediz. Klinik., t. XXIII, n. 15, 1927.

LERICHE et POLICARD. Presse Mèd., n. 97, 1924.

PETACÇI M. *Studio sulla genesi e lo sviluppo dei tumori.* Roma 1930.

PETACCI M. *Piccolissimo cancro della prostata con metastasi ossee sistemiche.* L'Ospedale Maggiore, Anno XVI.

F. SAUERBRUCH. Volumi de IV Congresso Internazionale di Infortunistica e Malattie Professionali in Amsterdam (7 ottobre 1925).

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Nuovi studi sui plasmodi della malaria.

Grassi nel 1900 osservava che nel ciclo dei parassiti malarici erano state descritte due sorta di generazioni: l'una *monogonica* che si ripete col ripetersi degli accessi febbrili nel corpo umano, e l'altra *amfigonica* che si verifica nel corpo dell'anofele. « Nel corpo dell'uomo — disse Grassi — se ne deve verificare una terza in rapporto al principio del periodo di incubazione, cioè subito dopo l'inoculazione degli sporozoiti ».

Schaudinn successivamente scrisse di aver visto la penetrazione degli sporozoiti nei globuli rossi e per molto tempo nessuno si occupò più della questione. Dopo circa 30 anni James, per spiegare l'insorgenza delle recidive, emise l'ipotesi che gli sporozoiti potessero penetrare nelle cellule reticolo-endoteliali.

In una comunicazione all'Accademia Medica di Roma, del 24 febbraio u. s. A. Missiroli ha esposto i risultati di sue minuziose ricerche condotte per sette anni consecutivi sul *Plasmodium praecox* nelle quali egli ha potuto determinare che gli sporozoiti non penetrano nei globuli rossi nè in cellule del reticolo endotelio, ma, inoculati nell'ospite, assumono una forma ovale appuntita e vengono assorbiti per via linfatica. Successivamente gli sporozoiti aumentano di volume e vanno incontro a un processo di divisione con formazione di 2 e poi di 4 nuclei e quindi di 4 merozoiti.

Durante questo ciclo di sviluppo che si compie nelle prime 24 ore dall'inoculazione, gli sporozoiti restano extracellulari. Si può notare tuttavia che essi hanno affinità per i globuli rossi poichè si possono ritrovare sovrapposti o aderenti a questi: ma nelle prime 24 ore egli non ha osservato lo sviluppo dei parassiti a spese del materiale emoglobinico dell'eritrocita perchè non ha rinvenuto pigmento.

Dopo 24 ore si cominciano ad osservare parassiti risultanti dalla prima divisione degli sporozoiti: essi appaiono allungati, appuntiti e del volume di un comune merozoita di *P. praecox.* Tali parassiti hanno la capacità di penetrare nei globuli rossi: infatti nelle ore tra la 24ª e la 48ª dall'inoculazione, è possibile rinvenire parassiti pigmentati, sia in globuli rossi, sia fagocitati da cellule dell'apparato reticolo-endoteliale.

Da queste ricerce il Missiroli deduce che non esiste un ciclo monogonico primario dei parassiti malarigeni nelle cellule reticolo-endoteliali. Secondo il Missiroli, gli sporozoiti si sviluppano liberi negli spazi linfatici e i merozoiti che da essi si producono sono immediatamente adatti a penetrare nei globuli rossi.

Altri AA., osservando forme schizogoniche apigmentate di alcuni plasmodi degli uccelli in cellule dei tessuti, avevano creduto di aver dato la prova di uno sviluppo degli sporozoiti nel reticolo endotelio. Ma questi osservatori erano incorsi nell'errore di considerare stadi di sviluppo degli sporozoiti elementi che appartenevano invece ad un altro ciclo osservabile esclusivamente in alcune specie di plasmodi aviari.

Tale ciclo, a cui James ha dato il nome di ciclo esoeritrocitico, si può svolgere in cellule dei tessuti contemporaneamente al ciclo che avviene nei globuli rossi e, come io ho fatto osservare in precedenti lavori (*Riv. di Parassitol.* 1938, n. 1; *Riv. di Malariol.* 1939, n. 1-4 bis, pag. 153), esprime il grado di adattamento tra parassita e ospite raggiunto da ciascuna specie nei lenti processi evolutivi che hanno portato alla differenziazione degli emosporidi dai coccidi.

Ma, come si è detto, il ciclo esoeritrocitico si osserva solo in alcune specie di plasmodi degli uccelli e manca invece del tutto in altre specie tra cui quelle della malaria dell'uomo.

Concludendo, dopo le ricerche del Missiroli che si riferiscono a ciò che avviene degli sporozoiti nelle prime 24 ore dall'inoculazione, si

può ritenere assodato che non è necessario uno sviluppo degli sporozoiti nelle cellule del reticolo endotelio e che, come avevano affermato Marchiafava e Bignami, la moltiplicazione dei parassiti malarigeni durante il periodo di incubazione avviene nei globuli rossi.

Roma, febbraio 1940.

AUGUSTO CORRADETTI.

SUNTI E RASSEGNE

INFEZIONI.

Rapporto fra la dissenteria bacillare e le diarree intermittenti.

(R. TURELL. *Rev. of gastroenterology*, gennaio-febbraio 1940).

La guarigione completa di malati con dissenteria cronica o portatori, specialmente nel caso del bacillo di Flexner, è assai difficile. L'intermittenza nell'escrezione di tale bacillo sarebbe, secondo Fletcher e Mackinnon una caratteristica delle infezioni persistenti. Tali germi si trovano nelle feci, successivamente per 1-2 giorni a cui segue un'intermittenza di 4-5 settimane, dopo di che i bacilli ritornano. Nei portatori, le scariche si fanno a più lunghi intervalli.

Sono stati fatti tentativi per facilitare il reperto dei bacilli dissenterici; è un fatto che prelevando il materiale, anzichè dalle feci da raschiamento della mucosa, da aspirazione delle cripte, o direttamente dalle aree ulcerate, la proporzione dei reperti positivi aumenta. Nessun aiuto viene, invece, dalla proctosigmoidoscopia, in quanto che le lesioni della colite ulcerativa cronica non differiscono da quelle della dissenteria bacillare cronica. Anche le sieroreazioni di agglutinazione non sono sempre decisive, sia perchè la negatività non esclude sicuramente la dissenteria bacillare, sia per la molteplicità degli stipiti di Flezner. È un fatto però che le prove di siero-agglutinazione tendono ad essere positive ad alte diluizioni durante o subito dopo l'episodio diarroico e negative o positive a basse diluizioni nel periodo quiescente.

Il clinico si trova talora di fronte a casi di diarrea recidivante, in cui le prove di agglutinazione sono positive ad alte diluizioni, ma tutte le ricerche batteriologiche sono negative. L'esame proctosigmoidoscopico dimostra una mucosa normale. Si fa il più spesso diagnosi di diarrea nervosa o di colite mucosa, ecc. Alcuni di questi casi possono essere di dissenteria bacillare lieve, il che ha anche importanza dal punto di vista della possibile disseminazione dei germi. In questi casi, la positività delle prove di siero-agglutinazione specialmente ad alte diluizioni dà il sospetto di dissenteria bacillare e può servire a distinguerla dalla colite cronica.

Molto importante è il reperto di diarree croniche nella stessa famiglia. L'A. riporta il caso di una donna di 28 anni, che lo aveva consultato per diarree sanguinolenti e perdita di peso durante vari anni. Nella madre della paziente, la diarrea sanguinolenta durava da 16 anni ed aveva colpito 3 dei 5 membri della famiglia; uno ne era morto. Soltanto nella paziente si potè isolare un bacillo di Flexner atipico dalle ulcere intestinali; ma in tutti la siero-agglutinazione era positiva ad alte diluizioni; questo fatto, unito al reperto dello stesso tipo di diarrea nei membri della stessa famiglia, depone per l'origine specifica, dissenterica della diarrea.

È quindi necessario procedere all'accurato studio di individui con diarree croniche intermittenti, insistendo soprattutto sulla siero-agglutinazione, che costituisce l'unico segno costante; tale esame va ripetuto varie volte perchè, come si è detto, si hanno variazioni del titolo in rapporto alle fasi della malattia.

fil.

L'influenza intestinale con complesso sintomatico tireotossico.

(R. KRONER. *Deut. med. Wochens.*, 22 dicembre 1939).

Da molti medici sono state osservati dei quadri clinici a tinta neurotica o tireotossica, in cui però le ricerche sul metabolismo basale non hanno dato risultati dimostrativi. Si tratta di casi, che reagiscono male alla terapia e che, talvolta sono stati considerati come psiconeurotici ed isterici. In base all'osservazione di un ampio materiale, l'A. ne tratteggia le caratteristiche e ne riferisce l'eziologia ad una infezione influenzale.

Sintomatologia. Si tratta di malati, che si presentano all'ambulatorio, accusando un esaurimento nervoso ed una grande stanchezza, per cui non si sentono in grado di adempiere con la consueta efficienza ai loro doveri professionali. Si lamentano di forte cefalea, di dolori alla schiena od al torace e soprattutto di frequenti stati vertiginosi, che arrivano talora a disturbi della coscienza e svenimenti. Hanno anche stati di collasso, con ondate di caldo o freddo specialmente al viso e forte sudorazione, in séguito alla quale aumenta il senso di debolezza. Temperatura spesso sotto la norma. Accusano pure palpitazioni, senso di costrizione al torace, che può andare fino ad uno stato anginoso; la lieve fatica di salire una scala dà la sensazione di mancanza d'aria.

Quasi sempre, vi sono disturbi del sonno: stati di sonnolenza alternantisi con insonnia. Già nella mattinata, con la ripresa del lavoro, ricompare il senso di stanchezza, che passa poi a quello di nervosismo, con tremiti, come se il

lavoro, che pure hanno continuato per anni, li facesse diventare « nervosi ».

Insistendo nelle domande, si trova che molti hanno tendenza ai raffreddori, oppure riferiscono che il loro male si è iniziato dopo un'influenza, di cui non si sono più rimessi; costanti sono i disturbi digerenti; la defecazione « non è più come prima », per lo più con tendenza ad una maggior frequenza di emissione di feci mollicce; altri accusano alternative di stitichezza e diarrea. Importante è il cambiamento di colore delle feci, che sono ora giallo chiare od ocra. Per lo più, abbondante formazione di gas, con eruttazioni e flatulenza e talora anche vere coliche addominali. L'appetito è, sul principio, poco turbato, ma col proseguire della malattia si perde quasi del tutto.

I malati si lamentano di un cattivo sapore scipito od amaro, di malessere, nausee o tendenza al vomito; mancano invece la pirosi ed i rinvii acidi.

Col progredire di questo stato, si arriva a perdita di peso e ad un generale decadimento di forze, fino ad essere costretti al letto. La durata di questo stato si può prolungare per mesi ed anni.

Clinica. Gli ammalati danno un'impressione di essere eccitati, nettamente neurotici. Spiccano delle stigmate neuro-vegetative: occhi lucenti, viso congesto od a tipo etico, eritemi vasomotori al collo ed al viso, mani fredde un po' sudanti, spesso netto tremore. Riflessi vivaci, ma abbassamento del tono dei muscoli striati, ben riconoscibile con i movimenti passivi degli arti.

Polso generalmente frequente, a 100-120 e più; in qualche caso, una bradicardia a 48-60. Rinforzo dei toni cardiaci, che col proseguire della malattia si affievoliscono. Pressione generalmente elevata fino a 180.

All'apparato respiratorio, vi sono segni di faringite, rinite e bronchite; la muscolatura della schiena e della nuca è spesso dolente alla pressione.

La lingua è impatinata negli stadi avanzati. All'addome, non si hanno punti dolorosi, ma una certa sensibilità alla pressione; la palpazione dà l'impressione di un contenuto intestinale gorgogliante, come del resto, lo avverte il paziente. Alla percussione, suono timpanico-meteorico; calore cutaneo addominale, variabile a zone. Nulla d'importante all'esame del contenuto gastrico. Le feci, come si è detto, sono di colore giallo-chiaro, talora con singole parti di colore cioccolata; per lo più a consistenza di pappa, talora liquide; odore scarsamente fecale, ma piuttosto scipito. All'esame microscopico, aghi di acidi grassi e gocce di grasso, talvolta grossi cristalli di ossalato.

Esami batteriologici delle feci e dell'essudato faringeo, negativi.

Eziologia. Non ostante la negatività della ricerca del bacillo di Pfeiffer, è da ritenersi che questo quadro morboso sia da attribuire all'influenza, di cui ripete in parte i sintomi. È noto che le malattie croniche influenzali polmonari, cerebrali e cardiache possono seguire un attacco acuto. Ortner ha richiamato l'attenzione sull'infiltrato influenzale, come pure sulla bronchite cronica pseudo-asmatica influenzale e su affezioni della parete arteriosa della stessa origine (arterite specifica influenzale). L'encefalite epidemica cronica, sempre preceduta da una malattia a tipo influenzale, si manifesta anatomo-patologicamente come un'infiammazione cronica del locus niger, specialmente del mesencefalo (centro del sonno-veglia). Analogamente, osserva l'A., potrebbe essere interessato anche l'intestino da un'infezione influenzale cronica.

Tale ipotesi non ha conferme batteriologiche; ma è certamente importante il fatto del pronto retrocedere della frequenza del polso e dell'ipertonia, la scomparsa dei sintomi intestinali ed il rapido ristabilimento del benessere generale con l'uso di così detti disinfettanti intestinali e eventualmente di rimedi anti-influenzali, sicchè tutto il quadro morboso appare in rapporto con un'infezione influenzale.

Terapia. L'A. ha trovato molto utile, per i fatti intestinali, la somministrazione dell'enteroviofornio, sia *per os*, sia in clisteri; in pochi giorni, si assiste al notevole cambiamento delle feci. Ma non bisogna trascurare l'infezione influenzale, che sta alla base del quadro morboso. Contro di essa, l'A. consiglia le polveri seguenti: Acido acetil-salicilico cg. 30; Fenacetina cg. 20; Aminofenazone cg. 10; Solfato di chinina mg. 15; Fosfato di codeina mg. 1,5. Se ne danno 3 al giorno; utile è anche la novalgina-chinina. Nei casi leggeri, l'A. consiglia di astenersi dalla chinina, che ha un buon effetto terapeutico, ma che avrebbe l'inconveniente di attenuare lo stabilirsi dello stato immunitario. *fil.*

Sulla forma meningea della malattia di Weil.

(A. DOHMEN. *Die Medizinische Welt*, 9 dicembre, 1939).

L'A. ricorda di aver riferito personalmente su questa forma di meningite della m. di Weil, e che molti altri AA. hanno successivamente confermato tale reperto.

L'A. ha osservato 26 casi di m. di W., dei quali 6 presentavano accanto all'ittero una chiara sintomatologia meningea, mentre in altri 10 casi la sintomatologia meningea era insorta primitivamente e solo in seguito si aggiunsero l'ittero e le manifestazioni patologiche a carico del fegato. Nei casi che presentavano la sola sindrome meningea l'inizio fu sempre brusco con brivido e febbre subito alta fino a 40°. Bradicardia non fu constatata. Rapidamente si manifestarono cefalea al ver-

tice, violentissima, vomito, nausea, rigidità nucale. Kernig positivo, assenza dei riflessi agli arti inferiori. Si presentarono anche congiuntivite, tumore di milza, erpete labiale. Il quadro ematico non fu affatto caratteristico. Nei casi osservati dall'A. la fase acuta di malattia durò circa una settimana, alla fine della quale la temperatura cominciò a tornare verso la norma che fu raggiunta al 9°-10° giorno, mentre gli ammalati cominciavano a sentirsi bene. Però nella 2ª settimana generalmente, più raramente alla fine della 1ª, insorgeva una seconda fase di malattia con ricomparsa dei sintomi meningei. Albuminuria, eritrociti nel sedimento, cilindruria erano presenti all'inizio della m.

Le modificazioni del liquor nella forma meningea della m. di W. non sono caratteristiche. L'aumento della *pressione* fu un reperto costante (fino a 33 cm.), il numero *delle cellule* (polinucleati nello stadio acuto predominanti, linfociti negli stadi successivi) fu straordinariamente oscillante. Non è stato possibile stabilire una regola del tempo in cui i polinucleati cedono il posto ai linfociti, nè fu possibile stabilire una interdipendenza tra alterazioni del liquor e gravità del quadro clinico. L'*albumina* era generalmente aumentata; per lo più erano aumentate le globuline, sebbene non costantemente. Il rapporto album.: glob. presentò valori normali. Risultati degni di nota diedero le *reazioni colloidali* (*mastice*). Accanto a curve chiaramente di tipo meningitico, l'A. osservò un caso in cui la curva del mastice assunse il tipo luetico (flocculazione completa nelle medie diluizioni del liquor).

La R. W. che nei casi con ittero suole essere quasi sempre positiva, è secondo alcuni AA. in questi casi di forma meningea della m. di W. negativa. In un caso l'A. ha trovato una R. W. intensamente positiva con 1 cc. di liquor, mentre era negativa con cc. 0,50 di liquor. Poichè questo reperto si verificò nel caso di un giovane di 18 anni in cui anche la reazione del mastice era risultata di tipo luetico, si sospettò che il p. potesse avere una lues, ma le successive ricerche furono sempre negative. Nel liquor l'A. non ha mai potuto dimostrare la presenza di *anticorpi e di agglutinine*, mentre tale ricerca era riuscita positiva nelle mani di altri AA., ad un titolo però di molto inferiore a quello del sangue. L'A. ritiene che gli anticorpi non si formano nel liquor. La ricerca dell'agente etiologico nel liquor mediante l'inoculazione negli animali non fu sistematicamente perseguita sebbene sia riuscita positiva ad alcuni AA.

L'A. riporta un caso come esempio tipico della forma meningea della m. di W. Un giovane di anni 20, prima mai stato malato, bagnatosi in acque risultate poi infette da leptospire, ammalò dopo un mese circa in pieno benessere, improvvisamente, con brivido intenso, febbre a 39°,7, cefalea, astenia. La m. cominciò il 14 luglio 1934, il 15 luglio incominciò a presentare vomito che perdurò nei giorni seguenti. Il 16 luglio fu ricoverato in clinica. Si trovò imponente rigidità nucale, Kernig pos., tumore di milza, cilindri jalinogranulosi nel sedimento urinario. Si pensò ad una forma tbc. Al 7° giorno di malattia fu eseguita una puntura lombare che diede: Albumina 1,8 ‰, Globulina 0,6 (norm. 0,2), Albumina 1,2 (norm. 0,8), Quoziente Alb.: Globulina 0,5 (norm. 0,25), Cellule 1184/3. Al 9° giorno di malattia la temperatura ritornò a valori subnormali e lentamente tutto tornò alla norma ed il p. guarì.

La deviazione del complemento fu positiva per il Weil fino a 1:6400, ed anche l'agglutinazione fu intensamente positiva.

Come è stato già detto la sindrome meningea insorge frequentemente nel 1° stadio di malattia; ma può comparire anche nel 2° stadio. È importante ricordare un'osservazione di un A. il quale in un malato, dopo un 1° stadio decorso con ittero e sindrome meningea, osservò dopo 4 mesi una meningite e nel liquor potè mettere in evidenza l'agente etiologico, che si ritrovò fino a 24 settimane nel liquor e fino a 33 settimane nelle orine. Questo p. guarì con la terapia serica.

MARCONI.

Le conoscenze attuali sulle infezioni da pneumococco.

(B. BORGHI. *Rivista di Clinica Medica*, supplemento dedicato ai *Marginalia Otolaryngologica*, vol. I).

È ormai noto che tra i pneumococchi si distinguono 32 tipi diversi, tra cui alcuni hanno maggiore importanza in quanto si trovano più frequentemente nelle infezioni pneumococciche. Questa distinzione in tipi ha anche importanza pratica per la realizzazione della terapia immunitaria, la quale è entrata in una nuova fase che promette larghi sviluppi, da quando gli antigeni del germe in questione sono stati sottoposti ad un accurato studio chimico. Questo ha messo in evidenza che la compagine cellulare del pneumococco contiene due distinti antigeni: uno formato da proteine (immunologicamente eguali in tutti i pneumococchi) e l'altro da carboidrati, diversi per ciascun tipo di pneumococco. La distinzione dei pneumococchi in tipi ha dunque non solo una base immunologica ma anche chimica.

Chimicamente i carboidrati in questione sono dei polimeri di acidi organici derivati dagli exosi come l'acido glicuronico e galatturonico e mostrano spiccate affinità con le pectine e le gomme. Ogni tipo di pneumococco ha un carboidrato specifico suo proprio in quanto esso contiene sempre un determi-

nato carboidrato e in quanto è possibile conferire ad un pneumococco le caratteristiche di un tipo voluto mediante il cambiamento del carboidrato.

Oltre a conferire la specificità di tipo il carboidrato, che nel pneumococco è raccolto per lo più nella capsula, esplica una dimostrata funzione aggressinica ed è anche l'elemento di cui il germe si vale per proteggersi dalla fagocitosi. Infatti si è potuto osservare che fra carboidrato specifico e virulenza esistono stretti rapporti, sicchè la larga disponibilità del carboidrato specifico caratterizza la forma S virulenta del pneumococco, mentre la disponibilità ridotta o addirittura l'assenza del carboidrato specifico stesso è il fenomeno che conferisce al pneumococco, le caratteristiche di forma R a virulenza ridotta. Da ciò deriva, fatto praticamente importante, che tutti gli agenti che attaccano la capsula del pneumococco e producono perciò la degradazione del germe attraverso la scissione del carboidrato, rappresentano i mezzi di importanza fondamentale che caratterizzano l'immunità antipneumococcica. La prova di ciò ci viene fornita dall'azione degli immunsieri ottenuti mediante antigeni nella cui compagine molecolare sono assenti le proteine del pneumococco ed è presente invece il carboidrato specifico. Tali immunsieri sono attivamente precipitanti in vitro per il carboidrato specifico ed esercitano un'azione protettiva strettamente specifica determinando nel germe la perdita del carboidrato, sicchè esso diventa facile preda dei leucociti.

Altra prova è stata fornita da Dubos e Avery i quali sono riusciti a proteggere il topolino e la scimmia dall'infezione sperimentale da pneumococco III mediante un fermento svolgente spiccata attività disintegrativa specifica sul carboidrato dello pneumococco III.

Queste ricerche sono di alto interesse per il problema della terapia dalle infezioni pneumococciche, terapia che può essere fondamentalmente immunitaria, valendosi di sieri strettamente specifici.

F. TOSTI.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Exposés Annuels de Biochimie Médicale. Première Série. Vol. in-8° di pagg. 269. Ed. Masson, Parigi, 1939. Frs 75.

Prima di tutto una parola di plauso generica all'iniziativa dell'editore, di riunire in un volume, anno per anno le conferenze fatte ad un corso di perfezionamento in chimica medica, alla Facoltà medica di Parigi, diretto da uno dei più autorevoli chimici-biologi francesi, Polonovski.

Fare un riassunto del volume è evidentemente impossibile, trattandosi di una successione di 14 conferenze su argomenti diversi.

Trascriviamo i titoli delle singole trattazioni: ammoniemia e ammoniuria; meccanismo delle reazioni di ossidazione nell'organismo vivente; potenziali di ossidoriduzione dei sistemi biologici; le diastasi, nozioni sulla loro cinetica, la loro costituzione ed il loro modo di agire; vitamina A; vitamina B; ormoni anteipofisari; trasformazione del glicogene in acido lattico nel muscolo; cancro chimico; metabolismo dell'organismo canceroso; sintesi fisicochimica sugli edemi; lipidi e lipoidi del siero sanguigno; metabolismo del calcio; la cromatografia.

Tutti argomenti interessati e trattati in modo brillante.

Ricordo a titolo di esempio la esposizione della teoria dell'ormone ipofisario della lattazione, chiamato prolactine. Si è veduto che l'iniezione di prolactine, provoca la montata lattea nella cavia e nel coniglio, se la ghiandola mammaria è stata prima preparata con la follicolina, sia che questa sia stata formata dall'organismo stesso durante la gravidanza, sia che gli sia stata fornita per iniezioni. La azione del prolactin è indispensabile dal sesso, purchè lo sviluppo preliminare della mammella sia stato ottenuto con la follicolina. Così nella cavia maschio si è ottenuta la lattazione col prolactin, previa preparazione con follicolina. Nello stesso modo Evans ha ottenuto la montata lattea nella cavia vergine. Infine in una donna trattata prima con la follicolina e poi col prolactin, Geschickter ha potuto ottenere una lieve secrezione lattea, senza gravidanza nè *post partum*.

Ricordiamo ancora in un campo più rigorosamente biochimico, la conferenza di Macheboeuf sull'importanza dei complessi lipoproteici del siero, cui anche la nostra Clinica ha dedicato molte ricerche.

L'A. ha dimostrato che i lipidi legati alle proteine ne modificano la tensione di idratazione, aumentandola: perciò, a parità di contenuto protidico, un siero ricco di lipidi sarà meno adatto a consentire la formazione di edemi che un siero povero di lipidi. Perciò la iperlipemia della nefrosi lipoidea può essere considerata come un fenomeno di compenso.

Se si salassano ripetutamente ed abbondantemente degli animali, man mano che il tasso protidico cala, aumenta il tasso lipidico.

Queste nuove concezioni modificano evidentemente le concezioni classiche sulla patogenesi degli edemi e gli schemi degli scambi idrici fra plasma ed interstizi, comunemente noti.

Così ogni una di queste conferenze contiene nozioni nuove ed interessanti: per evidenti ragioni di spazio non possiamo insistere qui più a lungo in questa esemplificazione. Crediamo però di non sbagliare affermando che il libro avrà molto successo. M. COPPO.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

O. SIMON. *Differentialdiagnostik der Lungenerkrankungen im Roentgenbilde*, Thieme editore 1939, marchi 14.

Molte figure (204 radiogrammi) e 37 pagine di testo per illustrare le alterazioni più importanti toraciche (versamenti pleurici liberi, interlobari, cotenne, ecc., addensamenti a focolaio, addensamenti di grossi tratti polmonari ecc.) cercando di stabilire i caratteri più importanti per poter giungere a una diagnosi radiologica differenziale. Tutti i radiogrammi accanto alla proiezione sagittale portano per la possibilità di uno studio spaziale anche la proiezione di profilo. Radiogrammi nitidi.

E. MILANI.

H. HOLFELDER e F. BERNER. *Atlas des Roentgenreihenbildes des Brustraumes.* Thieme editore, 1939, marchi 17,50.

Gli AA. fanno precedere alla parte iconografica una breve parte dottrinale in cui sono messi in rilievo quei reperti radiologici di maggior importanza pratica che la ricerca sistematica — come diremo — può mettere in evidenza. Perchè gli AA. hanno eseguito delle indagini in serie su 650.000 persone con 900.000 radiogrammi in serie giovandosi del nuovo metodo delle piccole film (fotografando lo schermo). Tale metodo si è dimostrato coi perfezionamenti oggi apportati di un utilità immensa: e se da solo non basta ad assicurare una diagnosi perfetta permette di costruire un vero catasto radiologico della popolazione così come gli AA. hanno fatto a Mecleburgo. E. MILANI.

P. COTTENOT e COLL. *Le Duodénum. Atlas de Radiologie Clinique.* Vol. in-4°, di 224 pag., con 496 radiogrammi e 496 schemi. Doin edit. Parigi, 1938. Fr. 285.

Alla serie di atlanti pubblicati in Francia sulla anatomia radiografica e sull'apparato digerente si aggiunge questo pubblicato da Doin in carta patinata ma sulla quale se gli schemi appaiono bene riprodotti non così belli appaiono i radiogrammi, che pur sono scelti con criterio da fare dell'atlante una base per la interpretazione corretta delle immagini duodenali. Dopo il capitolo (breve come tutti i capitoli) sulla tecnica di esame, sul duodeno normale e sue anomalie, gli AA. studiano i diverticoli, i corpi estranei del duodeno, le deformazioni del duodeno da parte degli organi vicini, le periduodeniti, le stenosi duodenali, le duodeniti, i tumori del duodeno, la tubercolosi, la micosi e l'ulcera duodenale. Ognuno di questi capitoli è illustrato da schemi e radiogrammi dimostrativi. Questo atlante come la serie degli altri che lo hanno preceduto costituirà una guida non solo per il radiologo ma per il clinico e per il medico pratico.

E. MILANI.

E. RAAB. *Künstliche Fieberzeugung mit Kurzwellen*, Editore Thieme, Lipsia. Prezzo RM. 5,50.

Dopo avere passati in rassegna i vari metodi di piroterapia l'A. espone diffusamente il modo di applicazione dell'ipertermia con le onde corte di cui sostiene i vantaggi.

Tratta quindi le reazioni fisiologiche dell'organismo durante l'ipertermia ottenuta con tale sistema precisandone le controindicazioni.

Nella seconda parte sono elencate le varie malattie nelle quali è stata tentata la piroterapia con le onde corte ed i risultati ottenuti.

DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Anemia perniciosa e tubercolosi gastrica.

Sono ben noti i rapporti tra l'anemia perniciosa e le alterazioni funzionali della mucosa gastrica. Un caso di anemia perniciosa è descritto da A. Shweers (*Zentralbl. f. inn. Med.*, 7 ottobre 1939) in una donna di 30 anni, in cui circa 5 anni dopo l'inizio della emopatia si sviluppò una tubercolosi presso che isolata dello stomaco. Si può ammettere in questo caso un locus minoris resistentiae della mucosa gastrica che ha determinato prima l'acilia e in rapporto con questa l'anemia, quindi la localizzazione gastrica della infezione tubercolare. In seguito ad opoterapia epatica l'anemia migliora considerevolmente, la tubercolosi gastrica invece provocò una profusa emorragia che rese urgente un atto operativo a cui la paziente non sopravvisse. P.

La malattia di Di Guglielmo.

F. Paradiso e R. Reitano (*Haematologica*, vol. XX, p. 947, 1027) rilevano che il concetto sostenuto per primo da Di Guglielmo di una mielosi eritremica acuta, in analogia a quanto avviene per la serie bianca, viene, nella letteratura, sempre più confermato.

Mentre però dallo stesso Di Guglielmo venne ammessa a fondamento della sindrome, una iperplasia sistematizzata, solo raramente questa fu potuta documentare negli organi extraemopoietici, ove si eccettui un caso descritto da Frugoni, in cui si rilevarono focolai mieloidi nel polmone, nell'omento, nel surrene, ecc.

Paradiso e Reitano ne studiano clinicamente e anatomo-patologicamente un altro caso, ad andamento subacuto con notevoli localizzazioni extraemopoietiche, in cui alla metaplasia mieloide si associava una iperplasia reticoloistiocitario. *sibilia.*

Stato attuale del trattamento dell'emogenia.

M. Lévy e L. Gally (*La Presse médicale*, fasc. n. 77, 1939) osserva che allo stato attuale non esiste alcuna cura specifica per detta malattia, le terapie tentate sono chirurgiche, mediche e radioterapiche.

Riguardo alla splenectomia gli AA. sono per un abbandono di questo intervento nelle forme benigne e acute poichè anche se eseguito da mani espertissime non è esente da pericoli e, d'altra parte, non sempre dà risultati soddisfacenti. Migliori effetti si sono ottenuti associando cure mediche come l'emoterapia, l'epatoterapia, la trasfusione con la radioterapia. Per un adulto la dose da somministrare come minimo è di 1500r e può essere spinta in casi gravi fino a 3000r; il trattamento va eseguito per tappe a lunghi intervalli e controllato sia dalla clinica che dal laboratorio. Sono riportati 4 casi di pazienti trattate con tali vedute completamente guarite e controllate fino ad un anno. Gli insuccessi riportati da alcuni autori con il trattamento radioterapico sono dovuti ad applicazioni di dosi troppo deboli di raggi. La radioterapia deve quindi essere sistematicamente applicata alle forme benigne, essa rappresenterà anche una profilassi per le forme gravi croniche come preparazione del paziente all'intervento. DAVANTI.

Il metabolismo basale nell'anemia perniciosa.

P. Casassa e G. Saita (*Arch. di Sc. Med.*, 1939, n. 5) hanno studiato il ricambio energetico in 18 ammalati di anemia perniciosa, venendo alle seguenti conclusioni:

Nel periodo di stato il metabolismo basale è di solito poco alterato: i suoi valori oscillano però sui limiti inferiori.

Le forme acute sono caratterizzate da un aumento del M. B.: al contrario questo diminuisce nelle mielosi funicolari e nella fase che segue la crisi reticolocitaria, nella quale ultima si ha invece un aumento dei valori.

Il ritorno alla norma della crasi ematica non è sempre parallelo ad un eguale comportamento del M. B. *sibilia.*

MEDICINA PREVENTIVA

La vaccinazione con il B. C. G. mediante il metodo delle scarificazioni.

Dopo il 1921 la profilassi umana con vaccino B.C.G. è stata sottoposta a numerose variazioni di tecnica, tenendo presenti due concetti fondamentali: la facilità di ottenere la premunizione e la semplicità del metodo.

Oltre la nota vaccinazione per via digestiva, è stata proposta da Weill-Hallé e Calmette-Guerin la vaccinazione per mezzo di iniezioni sottocutanee di B.C.G., che è stata applicata con buoni risultati nelle popolazioni di colore dell'Africa Occidentale Francese.

Nel gennaio del 1939 è stata proposta da Rosenthal la vaccinazione col metodo delle punture multiple, e sperimentata nelle cavie e nei bambini.

Al metodo delle punture multiple è stato sostituito da Negré e Bretey il metodo delle scarificazioni con risultati del tutto simili. Questi AA. hanno sperimentato solo sugli animali, che, divenuti allergici con la vaccinazione, sopportano senza danno l'inoculazione virulenta, mentre le cavie non vaccinate presentano tutti gli organi, e particolarmente il polmone e il fegato, infarciti di tubercoli.

Weill-Hallé (*Paris Médical*, 2-9 dic. 1939) nel presente lavoro riferiscono i risultati ottenuti nei bambini sottoposti alla vaccinazione

con B.C.G. mediante il metodo delle scarificazioni.

La tecnica è la seguente: tre gocce di una soluzione di B.C.G. al 0,5 per cc. si depongono sulla pelle del braccio, 2-3 cm. l'una dall'altra. Attraverso le gocce si fa una scarificazione a croce, i cui diametri sono di un cm. circa.

La reazione alla tubercolina è positiva dopo 2 settimane. La reazione allergica rimane per 6-7 mesi al minimo. L'A. non può ancora riferire sui risultati lontani.

L'A. consiglia tale metodo: 1) perchè è perfettamente innocuo: infatti tale metodo è stato sperimentato in neonati e in bambini gracili e deboli, senza mai avere alcuna complicazione locale o generale; 2) perchè permette la vaccinazione in serie, e può avere utili applicazioni spcialmente in campo coloniale, nelle truppe indigene che hanno l'indice tubercolinico notevolmente meno elevato; 3) perchè è un metodo facile e rapido, riducendo a un mese circa il tempo minimo per la premunizione.

U. SERAFINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Una nuova concezione della gotta e del reumatismo.

M. K. Sedlacek (*Acta rheumatologica*, dicembre 1939) ha isolato, dall'urina di malati di gotta e di reumatismo, una sostanza che egli considera come la causa del reumatismo e della gotta. Essa è di dimensioni colloidali, ha caratteri protidici e prende origine in una infezione focale (angina, granuloma, infezione del sistema respiratorio, urogenitale, intestinale).

Secondo la sua qualità, la quantità, il modo di penetrazione e la suscettibilità e resistenza dell'organismo e dei suoi vari sistemi, la sostanza porta a risultati patologici diversi. Sugli organi suscettibili, essa agisce a mo' di tossina ed, in tal caso, il suo modo d'azione è quello di un fermento. La natura delle modificazioni patologiche provocate è degenerativa od infiammatoria ed accessuale, sul cuore, sulle pareti vasali, sui nervi, ecc. In altri casi, essa sensibilizza i tessuti e produce la sindrome reumatica.

La causa della gotta risiede nella penetrazione di piccole quantità della sostanza e nella sua persistenza nei tessuti di stabilizzazione dei colloidi per gli urati ed altre sostanze difficilmente solubili. Inoltre, la presenza della sostanza nei tessuti altera le capacità reattive dell'organismo, il quale incomincia ad essere predisposto alle malattie allergiche, specialmente alle dermatosi croniche.

L'applicazione parenterale della sostanza porta alla guarigione delle tossicosi, del reumatismo, della gotta e degli stati allergici, evidentemente mediante un meccanismo d'immunizzazione attiva.

Dalle accennate ricerche, risulta che il reumatismo, la gotta e parecchi stati allergici hanno un'origine comune, probabilmente infettiva.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. G. C. da L.:

Non è possibile trovare riuniti in una sola opera tutti gli argomenti richiesti, alcuni dei quali non hanno nemmeno ricevuto una trattazione speciale. Per l'Igiene del lavoro, vedere il trattato di prossima pubblicazione sulle malattie da lavoro di A. Ranelletti (L. Pozzi, ed., Roma) e l'illustrazione del Regolamento d'Igiene del lavoro, pubblicato a cura della Libreria dello Stato. Per l'igiene generale ed il pronto soccorso, ved. F. Abba: « L'igiene custode della salute e della vita », Tip. ed internaz., Torino. Per gli infortuni sul lavoro, vedere « L'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro e sulle malattie professionali », Istituto N. F. Assistenza Infortuni Lavoro, Roma.

VARIA

L'onicofagia.

Da un vasto studio fatto su oltre un migliaio di bambini e ragazzi, J. Schwartzmann (*Arch. of pediatrics*, settembre 1939) deduce che l'abitudine di mordersi le unghie è associata a periodi di sforzi e di tensione nervosa ed è un impulso conscio od inconscio. Secondo altri autori, invece, l'onicofagia è in stretto rapporto con i periodi di sviluppo psicosessuale e vi si trovano associati segni di degenerazione; nei casi dell'A., non si è trovato nulla del genere e così pure non si sono trovati rapporti con la razza, il colore, l'intelligenza o lo stato economico.

Dall'onicofagia possono derivare infezioni locali delle dita (paronichia e callosità con conseguente deformità delle unghie); infezioni della bocca (herpes, gengivite, stomatite, tonsillite); traumi dentali o difetti di chiusura della bocca; come pure effetti generali da contaminazione proveniente da foci nelle gengive o nella bocca.

Numerosi metodi di trattamento sono stati proposti: punizioni, tener le unghie molto corte, applicazione di sostanze amare sulle dita, costrizioni meccaniche per tenere le mani lontane dalla bocca, portare dei guanti, apparecchi in bocca per impedire l'esatta opposizione degli incisivi. Alcuni autori hanno persino proposto come derivativo l'uso della gomma da masticare. Sono stati tentati anche l'ipnotismo, il tenere occupato il bambino, nonchè il trattamento della causa, metodo ideale, ma il più spesso inattuabile perchè la causa non si trova. L'A., con un metodo combinato in cui entrano il fattore educazione, l'incoraggiamento ed i rimproveri, con lo stimolo dei poteri volitivi, ha ottenuto i migliori risultati.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

LITORA ALIENA

Gli ospedali italiani di New York (*).

Permettete che prima di parlare degli Ospedali Italiani di New York io faccia un breve cenno degli Ospedali di New York in genere.

La Città di New York che raccoglie in sè 7.000.000 di abitanti appartenenti a tutte le razze, a tutte le nazionalità e le religioni del mondo deve risolvere i problemi della popolazione in un modo differente dal modo come tali problemi sono risolti nelle grandi Città Italiane che hanno invece una popolazione omogenea.

Mi limiterò a dire oggi come si è assicurata in New York l'ammissione negli Ospedali, dei poveri che hanno bisogno di cura ospedaliera.

In Italia i poveri sono ricoverati e curati in Istituzioni che sono Enti Morali generalmente fondati parecchi secoli addietro e che nella loro lunga esistenza hanno accumulato un patrimonio tale che permette loro di vivere di vita propria. Tali Ospedali possono coprire le spese necessarie per curare i poveri coll'aiuto di un sussidio pagato dai Municipi e dalle Provincie.

In New York Ospedali di questo genere non esistono affatto ed a tener cura dei poveri concorrono due specie di Istituzioni. Alcune di queste sono pubbliche ed altre private.

Gli Ospedali di New York si devono dunque dividere in due classi: Ospedali pubblici che sono stati creati e sono mantenuti totalmente dalla Città o dallo Stato colle tasse riscosse annualmente, ed Ospedali così detti privati che sono molto numerosi, taluni molto grandi e che sono mantenuti da corporazioni private.

In New York vi sono 26 Ospedali pubblici. Se non si tien conto degli Ospedali privati piccoli cioè di quelli che hano meno di cento letti i veri Ospedali privati sono ottantaquattro. Così il numero totale degli Ospedali di New York pubblici e privati è di cento e dieci. Il numero totale dei letti disponibili in tutti questi Ospedali è di circa 45.000 dei quali 20.000 sono negli Ospedali pubblici e 25.000 nei privati.

Gli Ospedali privati sono come ho detto mantenuti da Società private che si differenziano tra loro per le origini etniche o per le affiliazioni religiose dei loro fondatori e dei membri di esse. Così abbiamo Ospedali Francesi, Svedesi, Italiani, ed Ospedali Presbiteriani, Luterani, Cattolici, Ebrei e via dicendo.

Per quello che riguarda la cura dei malati non esiste alcuna differenza tra gli Ospedali privati ed i pubblici. Tutti sono soggetti alle stesse regole ed agli stessi controlli che sono molto severi ed esercitati dalla Città, dallo Stato e dalle Società Mediche.

Quantunque la Città di New York spenda la somma di 25 milioni di dollari per gli Ospedali pubblici, il numero dei letti disponibili in tali Ospedali è inferiore al bisogno. A questa deficienza suppliscono tutti gli Ospedali privati col ricevere e curare gratuitamente un certo numero di malati poveri.

La città compensa questi Ospedali con una piccola quota giornaliera per alcuni poveri così curati, rimane però sempre un numero di poveri curati gratuitamente che restano a totale carico degli Ospedali privati. Negli Ospedali italiani che descriverò fra breve, il numero dei poveri curati gratuitamente a totali spese degli Ospedali ammonta al 20 per cento di tutti i malati ammessi.

Ciò nonostante gli Ospedali privati cercano di avere più malati poveri che sia possibile e vanno a gara nel dare a questi poveri l'aiuto necessario. Ed a questa nobile gara che talora è una vera rivalità è naturale che abbia sempre voluto concorrere anche la Comunità italiana.

Un Ospedale italiano oltre alla missione di ricevere e curare i malati italiani, ha anche la missione di rappresentare in New York l'Italia nel campo della beneficenza ed è utile per dimostrare in America che gli italiani sono animati da sano spirito di civismo e che si interessano anche di opere che rendono soltanto un profitto morale.

Un Ospedale italiano è dunque veramente una palestra dove si portano i colori d'Italia nella gara della carità.

E gl'italiani di New York hanno sempre voluto creare e mantenere un Ospedale italiano.

Come nella storia delle Comunità delle diverse razze che abitano New York, anche nella storia della Comunità italiana sono ricordati numerosi tentativi per erigere un Ospedale proprio. Ma come in tutte le altre Comunità anche in quella italiana pochi di questi tentativi si poteron effettuare, ed anche quando

(*) Conversazione radiofonica tenuta dal dott. CARLO SAVINI, direttore dell'Ospedale Italiano « Columbus Hospital » di New York.

effettuati si dovette talora lamentare qualche fallimento.

Anche se talora non si riuscì, l'aver tentato è stato per se stesso un atto altamente onorevole. Il rimanere estraneo e fare nulla sarebbe stato disonorevole.

Ma creare un Ospedale in New York è opera molto difficile che richiede molto denaro, molto tempo e molto lavoro. Il mantenere poi questo Ospedale quando è stato creato è ancora più difficile perchè oltre al lavoro ed al denaro si richiede una grande fede, e questa è la qualità che generalmente fa difetto.

Uno dei più grandi ostacoli a mantenere un Ospedale è la difficoltà finanziaria. Negli Ospedali di New York ogni malato, sia ricco che povero, costa circa 5 dollari al giorno. Così per mantenere un Ospedale di cento letti per i poveri bisognerebbe spendere dai 150.000 ai 200.000 dollari all'anno. Tale spesa è la ragione per cui in New York non vi è alcun Ospedale mantenuto da Società private che riceva soltanto malati gratuiti.

Per far fronte alle spese tutti gli Ospedali privati oltre che sulle contribuzioni volontarie si basano anche sul reddito che ricevono dai malati che sono curati a pagamento e con tutto ciò la maggioranza di questi Ospedali trovasi ogni anno in passività.

Come si vede adunque gli Ospedali privati danno in New York un grandissimo aiuto alla cura dei poveri, e molti cittadini contribuiscono a questa cura non solo colle tasse che pagano alla Città ed allo Stato ma anche colle contribuzioni che danno volontariamente all'Ospedale della loro nazionalità.

Presentemente in New York vi sono due Ospedali italiani. Uno è il Columbus Hospital fondato nel 1891 e ricostruito ed ampliato nel 1931 e l'altro il Mother Cabrini Memorial Hospital fondato nel 1921 e ricostruito nel 1939.

Questi due Ospedali sono proprietà dell'Ordine religioso italiano delle Missionarie del Sacro Cuore e tutti i medici ad essi addetti sono italiani.

Il merito di aver fondato e mantenuto queste due Istituzioni va dato a due grandi Donne italiane: una è stata la Beata Francesca Saveria Cabrini che Pio XI ha elevato all'onore degli Altari, e l'altra è la Rev. Madre Antonietta della Casa che successe alla Madre Cabrini come Madre Generale dell'Ordine.

Mi manca assolutamente il tempo per descrivere le numerose Istituzioni create dal nulla in tutto il mondo in meno di cinquanta anni dalla Santa degli Emigranti come Essa a ragione è chiamata.

La storia di tutto quello che questa Santa e le Sue Suore hanno fatto non pare credibile, e sembrerebbe leggenda se tutto questo non fosse avvenuto nei nostri tempi sotto i nostri stessi occhi.

Sarebbe veramente interessante il parlare di quello che queste Suore Italiane nell'anima e nel cuore, hanno fatto fuori d'Italia per l'onore ed il buon nome d'Italia.

Oggi mi devo limitare a dare soltanto una breve descrizione e qualche dato statistico dei due Ospedali.

Il Columbus Hospital che fu inaugurato nel 1931 è un edificio di nove piani assolutamente moderno. Situato alla 19ª strada è perfettamente costruito e compete favorevolmente coi migliori Ospedali di New York.

Sette camere di operazione, un laboratorio patologico completissimo comprendente speciali sezioni per l'esame del metabolismo basale, larghi dipartimenti per l'ortopedia, per gli esami radiologici, per la radioterapia e per cure fisioterapiche.

Un intiero piano dell'Ospedale è dedicato alla Maternità, ed i sei piani rimanenti sono composti da camere private e da piccole corsie. Ogni piano è fornito di un solario che serve come sala di convegno e di ricevimento per i malati di ciascun piano.

Ha inoltre una biblioteca, una farmacia, una vasta sala per conferenze, tre larghi e rapidi ascensori, una modernissima cucina ed una lavanderia elettrica, due ambulanze ed un speciale riparto per ricevere e curare i malati d'urgenza.

Un'ala dell'edificio è adibita ad ambulatorio pubblico comprendente tutte le specialità.

L'edificio del nuovo Ospedale Mother Cabrini Memorial inaugurato nel 1939 ha tutti i requisiti di un Ospedale assolutamente moderno, come il Columbus Hospital, ma in dimensioni minori.

Quantunque non tanto grande, questo Ospedale è molto elegante ed è un vero gioiello di Ospedale, che ha ancora sopra il Columbus Hospital il vantaggio della situazione topografica.

Situato alla 163ª strada nella parte più alta dell'isola di Manhattan e circondato da viali alberati e da un parco gode della purezza d'aria che contribuisce molto alla cura dei malati colà ricoverati.

I terreni che ricordano entrambi questi Ospedali sono di proprietà delle Suore e così è assicurata la possibilità di un futuro ingrandimento dei due Ospedali.

Questi due Ospedali hanno 425 letti in tutto.

Nel 1939 hanno ricoverato più di 7,500 malati con un totale di 80.000 giornate di presenza; 20 % di questi 7.500 malati sono stati malati poveri curati gratuitamente, e a totale spesa degli Ospedali.

Nello stesso anno 1939 negli ambulatori dei due Ospedali furono praticate 41.000 visite.

Nel 1939 le ambulanze dei due Ospedali hanno risposto a 14.000 chiamate, una media di 40 chiamate ogni giorno.

Oltre ai due Ospedali di New York l'Ordine di queste Missionarie gestisce anche un Ospedale italiano a Filadelfia, due Ospedali italiani a Chicago, ed un Ospedale italiano a Seattle. Ed in quest'anno sarà pure inaugurato in Milano un nuovo perfetto e moderno Ospedale privato in vicinanza del Parco.

Come si vede la Rev. Madre Antonietta della Casa che è ora la Madre Generale dell'Ordine ha ereditato l'energia, l'entusiasmo e la fede della Fondatrice, la Beata Madre Cabrini.

Con mente sicura ed instancabile essa dirige personalmente tutte le numerose attività dell'Ordine, che non comprendono soltanto gli Ospedali degli Stati Uniti, ma comprendono numerose Scuole, Accademie, Collegi, Orfanotrofi, Case di salute sparse in Italia, in Francia, in Inghilterra, in Spagna, negli Stati Uniti, nell'America Centrale, nel Brasile, nell'Argentina, in Africa ed in China.

Soltanto negli Stati Uniti sono ben cinquanta le Istituzioni da Lei dirette.

Tutte queste Istituzioni sono rigogliose, fiorenti ed in continuo aumento.

Il Columbus Hospital in otto anni ha triplicato il numero dei malati ricevuti e già si sente il bisogno di ingrandirlo ciò che si farà tra breve.

E forse anche fra breve si potranno superare alcune difficoltà legali e sarà permesso al Columbus di assumere il titolo che compete di Ospedale Italiano di New York.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Comitati amministrativi dei Consorzi provinciali antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità pubblica) ha diramato alle Autorità competenti la seguente circolare n. 29 in data 11 marzo 1940-XVIII:

In occasione del raduno, recentemente tenutosi presso questo Ministero di un primo gruppo di ufficiali sanitari del Regno, è stata prospettata la opportunità di includere nei Comitati amministrativi dei Consorzi provinciali antitubercolari, l'ufficiale sanitario del Capoluogo di Provincia.

Se ne dà comunicazione alle VV. EE., perchè vogliate tenerne conto in sede di rinnovazione triennale dei predetti Comitati, avvertendo che l'Ufficiale sanitario del Capoluogo potrebbe essere incluso nei Comitati medesimi, quale rappresentante del Consiglio provinciale di Sanità ai sensi dell'art. 273 del T. U. delle Leggi Sanitarie.

Si attende un cenno di ricevuta.

Pel Ministro: BUFFARINI

MEDICINA SOCIALE

L'assistenza medica ai dipendenti del commercio e dell'industria.

È stata firmata tra il Sindacato nazionale fascista dei medici e la Cassa nazionale malattie addetti al commercio una convenzione nazionale che disciplina l'assistenza medico-chirurgica a favore dei lavoratori appartenenti a categorie rappresentate dalla Confederazione fascista lavoratori del commercio e dipendenti da aziende inquadrate nella Confederazione fascista degli industriali.

Nella convenzione sono state accolte le direttive precedentemente espresse dal Ministero delle Corporazioni, in ordine alle modalità di retribuzione dei sanitari che provvedono all'assistenza ambulatoriale o domiciliare, e cioè:

a) lire 11, come quota capitaria annua per le categorie dei portieri e dei dipendenti da proprietari di stabili;

b) tariffa nazionale per le prestazioni medico-chirurgiche, ridotta del 25 per cento per i viaggiatori e piazzisti.

La convenzione stessa ha ottenuto l'approvazione ministeriale ed è entrata pertanto immediatamente in vigore.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche.

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Bolzano, per 22 posti; scad. 31 marzo;
Cosenza, per 8 posti; scad. 30 aprile;
Firenze, per 8 posti (1 nel capol.); scad. 30 apr.;
La Spezia, per 3 posti; scad. 30 aprile, ore 18;
Messina, per 11 posti; scad. 30 apr., ore 12;
Perugia, per 10 posti; scad. 30 aprile, ore 16;
Sassari, per 5 posti; scad. 31 marzo, ore 19;
Siracusa, per 3 posti;
Taranto, per 2 posti (1 nel capol.), scad. 30 maggio, ore 12.
Venezia, per 10 posti (1 nel capol.); scad. 30 aprile, ore 18;
Verona, per 11 posti; scad. 30 aprile, ore 12;
Viterbo, per 3 posti; scad. 30 aprile, ore 12.

Uffici d'igiene e sanità; Ufficiali sanitari:

Genova, per un uff. san. consortile; scad. 20 apr.

Padova, per uff. sanit. in 11 consorzi intercomunali; scad. 31 marzo (il Decreto recante le condizioni dovrà essere richiesto alla « Casa editrice pei Comuni di Padova », via S. Francesco 21).

Pisa, per vice direttore e per medico addetto all'Ufficio di Pisa; scad. 1° maggio.

Laboratori provinciali d'Igiene Profilassi (Sezione med.-micrograf.):

Catania, per 1 coadiutore e per assistente; scad. 31 marzo.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

ANCONA. *Ospedale Umberto I.* — Concorso posti di Medico-Assistente. Per l'espletamento del concorso bandito il 10 dicembre 1939, successivamente prorogato al 31 marzo sarà provveduto con altro bando di prossima pubblicazione.

APUANIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Direttore del consorzio; proroga al 30 aprile, ore 16.

BORGONOVO VALTIDONE (*Piacenza*). *Ospedale Civile.* — Assistente di chirurgia; titoli; nomina biennale rinnovabile; L. 5500 oltre indenn. serv. att. L. 1000. Scad. 31 marzo, ore 18.

GORIZIA. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Cercasi subito medico interino con possibilità futura stabilità. Stipendio L. 900 lorde mensili, vitto nei giorni di guardia. Informazioni maggiori potranno essere richieste alla Direzione dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Cinque medici provinciali aggiunti di 2ª classe; L. 12.400 oltre supplemento serv. att. L. 2300, aggiunta di famiglia; sono escluse le donne e coloro che non hanno compiuto i 18 anni di età. Scad. 5 aprile. Rivolgersi alla Direz. gen. della Sanità pubbl.

ROMA. *Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* — Sei medici; titoli ed esami; scad. ore 12 del 27 aprile. Stip. L. 18.204 nette; se destinati alla periferia, indennità di L. 2400, 4800, 7200; dopo un anno passaggio in ruolo e, se ritenuti meritevoli, promozione a medico principale con stip. di lire 21.000. Chiedere bando di concorso alla Direz. Gen., Serv. Personale, via Sallustiana 51, Roma.

SENIGALLIA (*Ancona*). *Ospedale Civile « Principe di Piemonte ».* — Assistente; titoli; scad. ore 18 del 15 apr.; età limite 30 a. al 10 marzo; L. 3000 annue e vitto; nomina biennale, conferma per un anno.

Borse di studio.

Borsa di Studio « Carlo Forlanini »

La Fondazione « Carlo Forlanini » bandisce un Concorso per una Borsa di Studio da conferire ad un giovane medico per ricerche sulla tubercolosi. Essa verrà assegnata con decisione inappellabile dal Consiglio Direttivo.

La domanda di partecipazione al Concorso, nella quale dovranno essere indicati il programma delle ricerche, l'istituto italiano o straniero prescelto e tutti quei dati che il concorrente riterrà utili per dimostrare al Consiglio Direttivo della Fondazione la sua preparazione e la sua capacità ad espletare il programma delle ricerche proposte, dovrà essere recapitata alla sede della Fondazione « Carlo Forlanini » (Clinica Medica della R. Università di Milano - Via F. Sforza, 35) entro il 30 giugno 1940.

L'ammontare della Borsa si aggirerà sulle lire 15.000 (quindicimila), che il Consiglio Direttivo della Fondazione si riserva di aumentare o di diminuire a seconda della natura delle ricerche, della loro durata e delle particolari esigenze ambientali in cui esse si svolgeranno.

Per le altre condizioni chiedere copia del bando.

Concorsi a premi

Premio « Carlo Forlanini »

La Fondazione « Carlo Forlanini » bandisce un Concorso per un premio non divisibile di lire 30.000 (trentamila), da conferire al miglior lavoro inedito sul tema « Le reazioni immunitarie al virus tubercolare ».

I lavori presentati verranno giudicati con decisione inappellabile dal Consiglio Direttivo della Fondazione.

Le domande di partecipazione al Concorso, nella quale i concorrenti dovranno dichiarare di essere autori del lavoro e dare anche assicurazione che questo non venne mai presentato ad altro Concorso, nè sussidiato, nè pubblicato, ed il lavoro, in sette copie dattiloscritte, dovranno essere recapitati alla Sede della Fondazione « Carlo Forlanini » (Clinica Medica della R. Università di Milano - Via F. Sforza, 35) entro le ore 12 del 31 dicembre 1941. (La scadenza fissata nel precedente bando al 31 dicembre 1940 è stata prorogata). Per le altre condizioni chiedere copia del bando.

R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere

Fondazione Zanetti. — A quello fra i farmacisti italiani che raggiungerà un intento qualunque giudicato utile al progresso della farmacia e della chimica medica. Premio L. 1500. Scadenza 31 dicembre 1940.

Fondazione Cagnola. — Tema: « Una scoperta ben provata nella cura della pellagra ». Premio L. 1000 e med. d'oro L. 500. Scad. 31 dic. 1940. Tema: « Una scoperta ben provata sulla natura dei miasmi e contagi ». Premio di L. 1000 e med. d'oro L. 500. Scad. 31 dic. 1940.

Fondazione Fossati. — Tema: « Fisiologia del simpatico ». Premio L. 3000. Scad. 31 marzo 1940. Tema: « Significato e valore dell'encefalogramma ». Premio L. 3000. Scadenza 31 marzo 1941. Tema: « Illustrare un punto speciale del simpatico e parasimpatico ». Premio L. 3000. Scad. 31 dic. 1942.

Fondazione Secco Comeno. — Tema: « L'importanza sociale dell'igiene mentale ». Premio L. 864. Scad. 31 dic. 1944.

Fondazione Devoto. — All'autore di un lavoro pubblicato dopo il 1° gennaio 1938 che porti un contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro. Premio L. 10.000. Scad. 31 dicembre 1940.

Fondazione Dedin. — Al miglior lavoro diagnostico e terapeutico sulla paralisi infantile che presenti carattere di originalità. Premio L. 10.000. Scad. 31 dic. 1942.

Fondazione Brugnatelli. — Al miglior lavoro di medicina con preferenza per la otorinolaringoiatria. Premio L. 3500. Scad. 31 dic. 1942.

Fondazione Koristka. — Tema: « Nuovi contributi nella teoria e nella tecnica dei microscopi ». Premio L. 3000. Scad. 31 dic. 1941.

Richiedere programma dettagliato alla Segreteria dell'Istituto Lombardo, via Brera 28, Milano.

Per uno studio del latte come alimento.

La Rivista « Il Latte » (Milano, via Ampère 26) si fa promotrice di una nuova iniziativa diretta a contribuire alla soluzione del problema del latte come alimento, indicendo un Concorso a Premio — dedicato alla memoria del prof. Massimo Piccinini — fra gli studiosi delle Università italiane la cui tesi di laurea abbia per tema « Il latte alimentare ». Il premio è di L. 1500.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Per l'anno accademico 1939-40 sono stati conferiti i seguenti incarichi:

Cagliari: Giunti Giulio, di patologia generale; Vigliani Enrico, di medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica; Leone Antonietta, di puericultura; Spanedda Antonio, di parassitologia.

Ferrara: Beccari Emilio, di farmacologia; Cardia Augusto, di fisiologia; De Angelis Giovanni, di patologia generale.

Messina: Scarcella Perino Giuseppe, di clinica odontoiatrica.

Modena: Longo Vito, di clinica delle malattie nervose e mentali; Galli Giuseppe, di clinica ortopedica.

Padova: Angelini Valentino, di puericultura.

Perugia: Chiasserini Angelo, di anatomia chirurgica e corso di operazioni; Lisi Francesco, di clinica dermosifilopatica; Calabro Quinto, di fisiologia umana.

Roma: Milani Eugenio, di radiologia.

Sassari: Scavo Emanuele, di anatomia chirurgica e corso di operazioni.

Siena: Bianchini Giuseppe, di anatomia e istologia patologica; D'Antona Leonardo, di patologia medica e metodologia clinica; Gerbasi Michele, di puericultura; Romaniello Giuseppe, di scienza dell'ortogenesi; Gualdi Antonio, di tisiologia.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

Il 14 giugno prossimo avrà luogo in Padova il IX convegno regionale della Sezione Veneta della Federazione nazionale italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi.

Tema di relazione: « Prevenzione dell'invalidità e possibilità di ricupero della capacità lavorativa nelle varie forme di tubercolosi osteo-articolare ». Relatore prof. Sandro Marconi; correlatori dottori Sannio Bravetti e Gastone Galluzzi.

I temi delle comunicazioni, che devono riferirsi ad argomenti di indole scientifica o sociale nel campo della lotta contro la tubercolosi, devono essere inviati al Delegato Regionale unitamente ad un riassunto ed alle conclusioni non oltre il 5 giugno.

Gli iscritti riceveranno una copia degli atti e potranno partecipare a tutte le manifestazioni organizzate dal Comitato ordinatore.

Delegato regionale è il prof. Carlo Molon.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Delegazione, Campo Bandiera e Moro 3611, Venezia.

Il 1° settembre si aduneranno a Vienna la Società tedesca per il ricambio organico, quella per la neurologia e quella per la farmacologia.

Contemporaneamente avrà luogo un'« adunanza di guerra » della Società tedesca di pediatria; vi parteciperà il commissario della professione medica tedesca, dott. Conti, il quale riferirà sulla tutela sanitaria dell'infanzia; altri temi in discussione riguarderanno la vitamina C, i problemi della nutrizione, i nuovi rimedi anti-infettivi (prontosil, eubasin, uliron, albucid ecc.), le basi neurologiche dello sviluppo psichico e la psicologia infantile.

Per informazioni rivolgersi al Dr. Birk, Tubingen, Germania.

Il programma della Società tedesca per la medicina interna, indetta a Wiesbaden nei giorni 6-9 maggio e di cui già demmo notizia, si può avere, unitamente a utili informazioni, rivolgendosi al prof. Géronne, Wiesbaden, Germania.

La 17ª Assemblea nazionale della Federazione medica di Cuba, adunatasi nell'Accademia di scienze mediche, fisiche e naturali di Avana, ha nominato un Comitato esecutivo, che ha preso possesso della carica l'11 gennaio; è presieduto dal dott. Ricardo Núsiez Portuondo; ne è segretario il dott. Guarino Radillo Garcia.

Conferenze.

Il direttore dell'Istituto C. Forlanini di Roma, prof. Eugenio Morelli, ha tenuto a Budapest due conferenze, per invito della Scuola universitaria di perfezionamento.

Assisteva un foltissimo stuolo di scienziati e di medici, che ha ascoltato con vivo interesse le superbe realizzazioni del Regime fascista nel campo della lotta contro la tubercolosi. Il prof. Morelli ha parlato anche sulla fisiopatologia del polmone tubercoloso illustrando le applicazioni terapeutiche col nuovo metodo roentgencinematografico da lui ideato, ed intrattenendosi sulla condotta del pneumotorace e sul meccanismo d'azione delle varie terapie chirurgiche.

Abbiamo già dato notizia di un'altra conferenza tenuta dal prof. Morelli a Bucarest.

Fondazione " Paolo Croveri ,, per gli studi sulle malattie tropicali.

Il 12 dicembre 1939-XVIII è mancato il prof. Paolo Croveri, Direttore delle Cliniche delle Malattie tropicali delle Regie Università di Torino e di Modena. Da anni il prof Croveri attendeva a formare in Italia una coscienza medica coloniale e la sua opera di Maestro e di Scienziato stava dando i suoi vigorosi frutti nel clima dell'Impero.

Gli assistenti e gli amici del compianto prof. Croveri hanno presa l'iniziativa di una Fondazione che consenta ai giovani di proseguire sulla via da lui tracciata e segnata. La Fondazione dovrà raccogliere la somma necessaria per una Borsa di Studio da mettersi a concorso fra i neolaureati in Clinica delle Malattie Tropicali.

Le offerte vanno inviate al Banco di Roma, sedi di Torino, Milano, Roma, Messina e al Banco di S. Geminiano e S. Prospero (Modena).

Azioni giudiziarie.

L'Ente comunale di assistenza di Siracusa collocava a riposo, per anzianità di servizio, senza pensione, i dottori Monteforte e altri, quantunque fossero stati assunti garentendo loro la sta-

bilità di servizio vita natural durante. Essi, ritenendo che l'Ente avrebbe dovuto iscriverli alla Cassa di previdenza, ricorsero alla Giunta provinciale amministrativa; ma questa dichiarò non obbligatoria l'iscrizione, poichè lo stipendio dei concorrenti era al disotto delle lire 300 — e precisamente L. 39 — sia all'epoca della promulgazione della legge istitutiva della Cassa (2 dicembre 1909), sia all'epoca dell'estensione dell'obbligatorietà condizionata dell'iscrizione. La legge predetta, difatti, contempla il caso della iscrizione *facoltativa* allorchè lo stipendio dei sanitari sia inferiore a L. 300, e allorchè il reddito dell'Istituto sia al disotto di L. 5000. La Giunta dichiarava la possibilità di riconoscere ai concorrenti una equa indennità, ma rigettava il ricorso.

Avverso la decisione della Giunta gl'interessati interposero ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato la quale, con deliberazione del 13 ottobre 1939, ha giustificato in parte la decisione della Giunta, ma ha ritenuto che si debba richiamarsi ai principi generali espressi della Carta del Lavoro (Dichiarazione XVII) e alle norme contenute nella legge sull'impiego privato (regio decreto legge 13 novembre 1924, n. 1823, consentito nella legge 18 marzo 1926, n. 562; artt. 2 e 10).

Il Supremo Collegio ha rilevato che sarebbe contrario a qualsiasi principio elementare di equità e di giustizia voler negare a vecchi professionisti dipendenti da un Ente pubblico dopo trent'anni di onesto servizio ogni forma di indennità o di trattamento economico che nel Regime corporativo dello Stato sono riconosciuti agli impiegati di qualsiasi azienda privata, sol perchè, essendo in loro facoltà di iscriversi personalmente alla Cassa di Previdenza, i ricorrenti hanno trascurato di eseguire tale iscrizione, e, quindi dovrebbero imputare a propria negligenza la mancata possibilità di ricevere dalla Cassa un congruo trattamento di quiescenza.

È vero che di regola l'Amministrazione ha soddisfatto al dovere derivantegli dalla Carta del Lavoro quando ha messo a disposizione dell'impiegato la possibilità di iscriversi ad una Cassa di Previdenza, e, se l'impiegato non si avvale di questa possibilità, niente altro è tenuta a fare l'Amministrazione.

Però, qualora l'iscrizione alla Cassa risulti eccessivamente onerosa per l'impiegato, questo suo diritto deve considerarsi come praticamente inattuabile.

Di fronte a tale stato di cose, ed in mancanza di una qualsiasi disposizione del regolamento dell'Ente che assicuri un minimo di trattamento di quiescenza, la giurisprudenza del Consiglio di Stato ha trovato in casi analoghi nell'art. 2 della legge sull'impiego privato e nei principii della giustizia sociale consacrati nella Carta del Lavoro una norma generale di orientamento in favore di impiegati licenziati senza alcuna loro colpa.

A fortiori, tale norma deve applicarsi nel caso di impiegati di ruolo collocati a riposo per anzianità di servizio, mentre era stata loro garantita in principio la stabilità dell'ufficio vita natural durante.

A stabilire l'impero della giustizia, occorre, pertanto, riformare la decisione della Giunta provinciale amministrativa e, conseguentemente, quella dell'Ente comunale di assistenza di Siracusa, e per effetto dichiarare che, ai sensi degli accennati principi, deve riconoscersi ai ricorrenti dottori Monteforte e Margherita un equo trattamento economico da determinarsi dall'Amministrazione dell'Ente in base ai suesposti principi, tenuti presenti gli anni di servizio dei ricorrenti e le condizioni economiche dell'Ente.

Notizie sanitarie di guerra.

In Francia si è disposto che i medici chiamati in servizio militare, se hanno esercitato funzioni elettive o se hanno svolto attività politiche, devono essere assegnati ad un settore lontano quanto è possibile dalla loro residenza. I medici di qualunque categoria non possono prestare servizio militare nel dipartimento ove, in tempi normali, esercitano la loro professione. Deroghe posssono essere stabilite solo per i professori universitari.

Il dott. Jungh, della nave francese « Bretagne », cavaliere della Legion d'onore, è stato citato all'ordine dell'« Armata del Mare », distinzione eccezionale, e nominato cavaliere del Merito Marittimo.

Il sottotenente medico G. Maxwell Smith è stato ucciso a bordo della nave da guerra inglese « Exmouth ».

Un po' dovunque.

In occasione del decennale delle campagne antitubercolari si è pubblicato il volume « Nel segno della Doppia Croce », di circa 300 pagine, ove sono raccolti i dati riguardanti lo sviluppo di queste campagne. Il volume reca un vibrante « indirizzo al Duce », di Raffaele Paolucci; segue una presentazione, redatta da Federigo Bocchetti nello stile smagliante e incisivo che gli è proprio.

Per la dolorosa scomparsa del prof. sen. Edoardo Maragliano è rimandato il Corso celere di perfezionamento nella Patologia, Clinica e Profilassi delle malattie tubercolari che doveva avere inizio e svolgimento a Genova dal 1° aprile al 1° maggio 1940-XVII. Esso avrà inizio invece il 20 maggio e terminerà il 20 giugno 1940-XVIII.

Rivolgersi all'Istituto di studi scientifico-pratici sulla tubercolosi, via Balilla 1, Genova.

Si sono riuniti a Liegi i rappresentanti delle organizzazioni internazionali per le opere all'aperto. Numerosi medici vi hanno partecipato. I medici possono rendersi utilissimi in questo settore.

Si è adunata a Ginevra la Commissione tecnica di esperti in farmacologia della S. d. N. È stata presieduta dal dott. Hampshire di Londra.

« L'Osservatore Romano » del 24 marzo reca da Washington: Si annuncia che i due delegati della Croce Rossa americana, Nicholson e Taylor, recentemente giunti a Varsavia, hanno constatato che, di 1.800.000 persone, abitanti attualmente la città, almeno il 30 per cento hanno bisogno di alimentazione supplementare, dato il loro stato di denutrizione. I delegati hanno organizzato a Varsavia circa cento cucine, hanno avuto conversazioni coi rappresentanti delle società polacche di beneficenza e sono entrati in relazione con le autorità occupanti, per definire le modalità della futura attività della Croce Rossa Americana.

La Croce Rossa Americana e l'Organizzazione dei Quaccheri degli Stati Uniti d'America, d'intesa con le autorità germaniche, avevano stabilito di

fondare una stazione di assistenza per la popolazione polacca. Le navi che portavano viveri ed abiti, però, sono state fermate a Gibilterra e tutti gli sforzi perchè venissero liberate sono rimasti vani.

« Minerva Medica » ha commemorato il ventesimo annuale della morte del sen. prof. Camillo Bozzolo, ripubblicandone, nel fascicolo del 13 marzo, una nota clinica su « Fegato infettivo simulante ascesso », a cura del prof. Carlo Gamna, allievo e oggi continuatore — dopo Ferdinando Micheli — della Scuola del Bozzolo.

Il 21 febbraio, nello « spectatorium » dell'Istituto anatomico di Bruxelles, vennero tributate cordiali onoranze al prof. A. Brunin, che a 70 anni lascia l'insegnamento di anatomia, dopo avervi consacrato 45 anni della sua vita.

L'uomo più alto del mondo, Roberto Persing Waldow, un giovane che misura m. 2,66, ha intentato causa contro un medico di Montana (S. U. d' A.), il quale in una pubblicazione considerava tale altezza come anormale. Il querelante ha chiesto un indennizzo di 100.000 dollari, pari a 2 milioni di lire it.

Il 16 febbraio fu ufficialmente inaugurato l'Ospedale tedesco di Cracovia; sorge sulla via Roberto Koch; è diretto dal dott. Luchs; sarà destinato prevalentemente all'insegnamento clinico.

Il commissario della salute pubblica dei sovieti ha proibito l'uso dell'oro nelle protesi odontologiche, affinchè non resti impoverita la riserva aurifera dello Stato! L'impiego del prezioso metallo sarà consentito solo in casi eccezionalissimi e solo per gli iscritti al partito.

È morta a Zollikon la dott.ssa Hedwige Bleuler-Waser, che è stata pioniera della lotta contro l'alcoolismo in Svizzera.

L'amministrazione di Amburgo ha acquistato un antico sanatorio, di Blankenese, che sorge in un parco esteso 33.000 mq. e che sarà destinato ai tedeschi dell'estero ed agli stranieri. Lo ha ceduto all'istituto tropicale, la cui disponibilità per tal modo si accresce di 25 letti.

Nella Facoltà medica di Parigi si è adunata l'Associazione per lo sviluppo delle relazioni mediche tra la Francia ed i Paesi amici (A.D.R.M.); il prof. Hartmann espose l'attività dell'associazione durante il 1939; il prof. Baudouin lesse il discorso del presidente, prog. Achard, impossibilitato ad intervenire: esso lumeggiò il compito del medico nelle relazioni dei popoli, esaltò la missione umanitaria del medico e rilevò come la comunanza di vedute e di mète, nei medici di tutti i Paesi, sia propizia all'unione internazionale dei sentimenti e delle volontà, per il raggiungimento di una pace duratura.

Riceviamo:

Spett. Direzione e Redazione del « Policlinico »
Roma

La Famiglia di Edoardo Maragliano ringrazia vivamente la Direzione e la Redazione della Rivista « Il Policlinico » e le prega di concedere ospitalità alle espressioni della migliore riconoscenza della famiglia stessa ai medici italiani che vollero partecipare al suo lutto.

LUIGI BAKUNIN

L'8 marzo è morto a Córdoba (Argentina) per infezione streptococcica contratta nell'esercizio delle sue mansioni Luigi Bakunin, direttore di quell'Ospedale Italiano.

La morte lo ha colto a soli 39 anni, nel pieno meriggio della sua vita operosa.

La sua attività nelle ricerche scientifiche, nell'esercizio professionale, nella vita civile era prodigiosa.

Sognatore e realizzatore, studioso e lottatore, la sua personalità ricordava le romantiche figure del nostro risorgimento.

Fu combattente consapevole della grande guerra, e, legionario fiumano, fu tra i più arditi e devoti seguaci di d'Annunzio.

Dal 1934 era segretario del Fascio di Córdoba e dell'Alta Argentina, e organizzò in quelle zone il Dopolavoro e l'Opera Balilla. Diede vita ed impulso ad istituzioni di assistenza, associazioni patriottiche, riunioni culturali mantenendo vive ed operanti le energie e l'entusiasmo dei connazionali.

La sua parola fascinatrice si levava ogni qual volta erano in giuoco gli interessi della Patria, e ogni qual volta si trattava di sostenerne il prestigio o di affermarne il sicuro destino. Tra le sue orazioni più ispirate ricordiamo quella in occasione del bicentenario della nascita di Galvani e quella in morte di d'Annunzio.

Questa fervida attività civile, non rallentava il suo desiderio di sapere, non menomava il suo rendimento professionale. Era anzi un incitamento a completare la sua cultura scientifica e letteraria, a perfezionare le sue capacità tecniche di chirurgo.

Reduce dall'impresa fiumana proseguì i suoi studi nell'Università di Napoli laureandosi nel 1923. Frequentò poi ancora le cliniche e gli ospedali di quella città; quindi passò a Bruxelles dove conseguì il diploma di Medico Coloniale. Prestò servizio nel Congo Belga, prevalentemente con mansioni di chirurgo, dal 1925 al 1927. In quest'anno si recò a Parigi per seguire un corso di perfezionamento in Chirurgia presso l'Ospedale Cochin.

Emigrato in Argentina prestò servizio negli Ospedali Italiani di Buenos Aires, di Rosario Santa Fé e infine di quello di Córdoba, del quale era direttore.

Le sue numerose pubblicazioni rivelano un ricercatore diligente ed illuminato. Particolarmente interessanti e conclusivi sono i suoi studi sulla terapia e profilassi della malattia del sonno, sulla cura dell'actinomicosi e sulla diagnosi precoce del cancro.

Preferiva comunicare i suoi lavori nei congressi scientifici italiani ed era membro attivo della Società Italiana di Chirurgia e della Società Italiana di Biologia.

Durante il suo ultimo soggiorno in Italia,

nel 1939, riferì alla R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli le sue ricerche sulla cura delle ferite a cielo aperto e con le vitamine A e D, e, in collaborazione con il dottor Deza Genget, sul blocco del sistema reticolo-endoteliale.

E veniva di frequente in Italia per smorzare la tormentosa nostalgia e per aggiornare la sua cultura. Vagava per le città, per constatare i progressi raggiunti nella vita sociale; frequentava le più importanti cliniche chirurgiche, per apprendere i perfezionamenti della diagnostica e della tecnica. Attivava così la sua fede, incrementava il suo patrimonio di conoscenze.

Ma questi contatti periodici rendevano più urgente il desiderio sempre vivo di tornare definitivamente nella sua terra, tra la sua gente, di rivivere tra i suoi parenti, vivaio di studiosi e di generosi dispensatori di bene, di riaccostarsi alla diletta zia, la prof. Maria Bakunin della R. Università di Napoli, che lo ebbe come figlio.

Ed ora giace lontano dalla Patria che aveva tanto amato e per la quale aveva tanto lottato.

G. DRAGOTTI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Forze San., 15 ott. — G. DI GUGLIELMO. Terapia dell'insufficienza epat.

Gaz. Hôp., 11-14 ott. — L. BARRAQUER. Epilessia genuina.

Med Klinik, 27 ott. — Medicina di guerra. — Dermatologia.

Münch. Med. Woch., 27 ott. — G. MAGNUS. Ferite articolari. — R. MANCKE e al. Il prontosil nelle colangiti.

Amer. Journ. Med. Sc., ott. — H. M. BLUMGART e M. D. ALTSCHULE. Digitale. — L. BEUMAN. Globina-insulina. — T. J. PUTNAM e P. F. A. HOEFER. Idrocloruro di cisteina come anticoagulante.

Bull. Méd., 30 sett. — R. ROCH. Febbre aftosa nell'uomo. — ID. Malattia dei porcai.

Gazz. d. Ospp e d. Cl., 29 ott. — A. BARASCIUTTI. Lipomatosi multipla simmetr.

Brit. Med. Journ., 21 ott. — R. G. GORDON. Poliomielite e capacità intellettuale.

Dermosifilografo, ott. — A. BACCAREDDA. I sulfonilamidici nella streptobacillosi di Ducrey.

Giorn. di Clin. Med., 10-30 ott. — In onore del prof. F. Schupfer.

Paris Méd., 7-14 ott. — Nevrologia.

Rev. de Med. y Cienc. afin., 30 ag. — R. VON OSTERBAG. Il medico veterinario e la salute dell'uomo.

Gazz .d. Osp. e d. Cl., 12 nov. — N. MININNI-MONTESANO. Polmonite reumatica. — U. BONCINELLI. Malattia reumatica e « erythema perstans ».

Deut. Med. Woch., 4 nov. — P. W. EDWARDS e A. LYNN. Pneumolisi intrapleurica chiusa. — J. L. HAMILTON e PATERSON. Sangue conservato per trasfus.

Ann. d'Ig., nov. — F. GALLI e I. VERROTTI. L'immunità locale contro il virus vaccinico. — B. INTASCIATI. Decongelaz. della carne ittica.

Med. Klinik., 10 nov. — Med. di guerra. — Inchieste sulle prove funzionali del fegato e sul cancro uterino.

Rass. di Fisiopatol. ecc., sett. — F. TRONCHETTI. Forme combinate di mielosi globale e di reticoloendoteliosi.

Bull. Ac. de Méd., 17 ott. — WEINBERG, H. VINCENT. La gangrena gassosa. — E. MARQUIS. Tintura di iodio o alcool nella disinfez. del campo operat.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M Courrier

VOLUME XLVII Roma, 8 Aprile 1940 - XVIII Num. 14

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 166
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 196

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa,* nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

TECNICA MEDICA

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
E TERAPIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. C. FRUGONI.

Quattro anni di attività del nostro Centro di raccolta e di conservazione del sangue per la trasfusione.

Prof. F. CORELLI.

Nei primi mesi del 1936, io ho istituito nella nostra Clinica, un Centro di Raccolta e di Conservazione del sangue per la trasfusione; da allora la sua attività è andata sempre più aumentando specie in questi ultimi tempi.

Questo Centro od Emoteca, è il primo istituto in Italia, esso si giova del mio metodo di stabilizzazione e conservazione del sangue, metodo già reso noto in pubblicazioni precedenti (1). In questo Centro si utilizza il novotrans, a base di iposolfiti da me per la prima volta indicati per la conservazione del sangue.

L'utilità nella stabilizzazione e conservazione del sangue, di una soluzione che abbia contemporaneamente all'azione anticoagulante, anche azione antitossica, desensibilizzante, ap-

(1) F. CORELLI. *La transfusione di sangue conservato con un nuovo anticoagulante. Metodo personale.* Policlinico, Sez. Prat., n. 38, 1938.
ID. *Transfusion von Blut, das nach einer neuen Methode konserviert ist.* Klin. Wschr., n. 20, 1939.
ID. *La trasfusione di sangue conservato nelle armate in guerra.* Rif. Med. n. 17, 1939; e Athena, n. 10, 1939.
ID. *A New Method of Conserving Blood for Transfusion.* Acta Med. Scand., in corso di stampa.
ID. *Trasfusione di sangue puro e conservato.* Forze Sanitarie, n. 23 e 24, 1939.
ID. *Trasfusione di plasma.* Min. Med., n. 43, 1939.

pare a tutti evidente, se si pensa che molti degli incidenti della trasfusione con sangue di gruppo compatibile, come brividi, orticaria, edemi, ecc., sono dovuti prevalentemente a fenomeni di ordine allergico.

Questo pregio che non è posseduto da nessun altro anticoagulante, ha fatto già adottare in vari Istituti italiani ed esteri questo metodo di trasfusione.

Nel campo chirurgico, nel periodo post-operatorio, in cui vari disturbi possono essere dovuti anche a tossicosi proteica, per proteine più o meno denaturate assorbite dal campo operatorio, i vantaggi della trasfusione possono essere aumentati con l'uso del novotrans stesso che ha pure azione antitossica.

L'utilità del novotrans è stata anche da noi apprezzata dopo aver studiato comparativamente altri anticoagulanti.

Noi pratichiamo abitualmente la trasfusione indiretta con sangue fresco o conservato, *finora abbiamo eseguito 1229 trasfusioni.*

Noi abbiamo un gruppo di datori tra cui vari ipertesi che forniscono ottimo sangue, ognuno studiato e sorvegliato periodicamente. Talora ci si rivolge anche ai datori dell'AVIS, in media si ottiene 300-400 cc. di sangue. La tecnica del prelevamento, della conservazione e della trasfusione sono state semplificate al massimo.

La raccolta si fa quasi sempre di mattina a a digiuno, a soggetto disteso su un lettino; usando aghi da salasso un po' grossi e lunghi il sangue scorre benissimo. Si ha sempre l'avvertenza di non fare il prelevamento troppo rapido, per non provocare una detensione improvvisa con pallore o vertigini, ecc., perciò con un dito premente sopra l'estremità dell'ago in vena si arresta ogni tanto il getto se questo è troppo violento. Dopo il prelevamento si tiene ancora disteso per 10-20 minuti il datore sul lettino, intanto gli si somministra del caffè-latte o un zabaione, o un brodo.

Il sangue si raccoglie in matracci (da 100-200-300 o 500 cc., vetro neutro) che contenevano già la quantità adatta di novotrans (7,5 cc. per 100 cc. di sangue). Dopo la raccolta il sangue si mette nella ghiacciaia (tipo emoteca) e rimane sempre nello stesso palloncino, fino al momento dell'uso.

Negli ipertesi rossi, congesti, *un salasso fatto lentamente*, ogni tanto, porta spesso un miglioramento soggettivo per vari giorni. Da quando usiamo tenere i datori, ancora dopo il prelevamento, distesi per 10-20 m', non abbiamo mai osservato in essi capogiri, senso di debolezza, pallore, ecc., che il datore può avere se si alza e si lascia andare subito.

Ogni datore è segnato in appositi registri, sono indicati gli esami sierologici, il gruppo, la quantità di sangue dato, come ha sopportato il prelevamento ed il risultato della trasfusione (se reazione o meno, ecc.). Il gruppo del sangue è eseguito prima o al momento del prelevamento oppure anche sul sangue conservato. Gli esami sierologici R. W. Meinicke e Kahn sono fatti regolarmente ad intervalli come è la regola dell'AVIS, e spesso anche la reazione di Ide utile per la sua semplicità e rapidità di esecuzione. Ogni trasfusione eseguita è segnata in un registro, riportando la quantità iniettata, il tempo di conservazione del sangue, il gruppo del datore e ricevitore con la malattia, i risultati delle prove preliminari (diretta, crociata, biologica, il trattamento profilattico eventualmente fatto (se uso di adrenalina, efetonina, simpatol, caffeina, atropina, pantopon, ecc.), ed il decorso ed i risultati della trasfusione (se reazione o meno, se il ricevitore ebbe beneficio immediato o lontano, perchè il trasfuso è seguito anche nei giorni successivi alla trasfusione, oltre che clinicamente con eventuali esami di sangue, di urine, ecc.

Ogni caso che mostra dati particolari alla trasfusione, è segnato anche a parte con le opportune considerazioni. In tal modo è possibile accumulare dati e osservazioni e fare confronti importanti. Noi abbiamo finora usato sangue prelevato dai datori, mai da altre fonti (cadaveri o placenta) le tecniche però sono a punto. Non abbiamo usato il sangue placentare per la scarsità di sangue che si può in media avere ad ogni prelevamento, per il lavoro che richiede (R. W. e gruppo per ogni campione), ma questa fonte può essere certamente con successo utilizzata specie in determinati ambienti, come anche da noi molti hanno sottolineato (Ascoli e Vercesi, Ponsi, Picinelli, Introzzi, Spirito e la sua Scuola, Francini, Scapaticci, ecc.).

Per la trasfusione si utilizza la siringa Jubè che corrisponde sempre bene anche perchè trattandosi di sangue già liquido non si deve temerne la coagulazione.

Per la preparazione della siringa non occorre nè olio di vaselina od etere. Si passa solamente 2-3 volte con soluzione fisiologica. Si impiegano aghi comuni, non gli aghi grossi annessi alla siringa stessa necessari per la trasfusione rapida, diretta. In tal modo non sono mai stato obbligato in 1229 trasfusioni ad isolare la vena. Abbiamo talora fatto la trasfusione in vene del dorso della mano, al polso, alle gambe. All'estremità dal tubo che pesca nel sangue, c'è un piccolo filtro coperto da 2

semplici strati di garza attraverso a cui il sangue passa a mano a mano che si aspira. Preso il sangue dalla emoteca si riscalda a bagno maria fino a 35-38 agitandolo leggermente per rimescolare la parte plasmatica con quella globulare sedimentata. Poi introdotto il tubo di gomma col filtro, nel palloncino di sangue, se ne gettano una o due siringate, e con la siringa Jubé così pronta, senza bolle d'aria, ecc. si va vicino all'ammalato, si introduce l'ago in vena innestato in una comune altra siringa. Quando si è bene in vena, si attacca il tubetto della Jubé e si inizia la trasfusione lenta, iniettando prima 10-15 cc. poi aspettando 2-3', quindi riprendendo (prova di Oehlecker). Come tempo di trasfusione si impiegano 7-8 minuti e talora più, per 100 cc.

Tempo di conservazione. — Osservati i risultati di varie centinaia di trasfusioni di sangue di tempi diversi, anche noi come tempo di conservazione ci manteniamo ora per lo più entro la prima settimana. Benchè si possa anche utilizzare, come su larga scala ho fatto anch'io, sangue di 15-20-25 giorni, in linea generale in questi ultimi tempi ho usato sangue dei primi giorni di conservazione e spesso sangue prelevato da poco. Il tempo di conservazione può variare a seconda delle forme morbose a cui si trasfonde. Desidero ancora una volta ripetere che parlare di sangue conservato non deve far subito pensare ai « molti » giorni di conservazione, ma anche a pochissimi giorni, poche ore. Con una buona organizzazione di datori, regolando le raccolte in proporzione delle richieste di sangue, ci si può trovare sempre con sangue fresco o pressochè fresco. Il sangue così raccolto e conservato, deve farci apprezzare *l'utilità massima di avere « sangue sempre pronto » per l'uso, di giorno e di notte, d'urgenza o meno, per una o più trasfusioni, di renderci indipendenti dai datori, di permetterci di usarlo con la massima facilità rendendo la trasfusione semplice come una comune endovenosa di sangue, di poter disporre di sangue prelevato a digiuno e dello stesso gruppo del paziente e controllato in modo costante anche sierologicamente, di rendere facilmente possibili trasfusioni massive* 700-1000-1500 cc. *se necessarie.* Tutti questi pregi non possono essere dati dal primo datore che si chiama, talora d'urgenza e che spesso non arriva, facendo aspettare medico e malato inutilmente. Questi pregi sono apprezzati non solo nel campo medico, ma anche chirurgico ed ostetrico, dove l'« urgenza » è più spesso imperiosa, e nel campo pediatrico (la larga esperienza della Clinica Pediatrica di Roma lo attesta, vedi relazione di Scapaticci) e così nel campo militare (Magliulo, Longo, ecc.). Sostenere i pregi del sangue « pronto » per l'uso » non vuol dire sminuire il valore della trafusione diretta da datore a ricevitore. I due metodi si possono completare. Io sono convinto che chi riesce ad apprezzare la semplicità della trasfusione indiretta, eventualmente fatta con sangue appena prelevato, cioè fresco, ad uguale valore biologico del sangue puro, difficilmente abbandonerà questo metodo. Esso *permette ad un solo medico di fare in tempo relativamente breve, numerose trasfusioni,* una dopo l'altra o condurne 2-3 contemporaneamente, ciò che non è possibile con la trasfusione diretta da uomo a uomo, che richiede minuziosa preparazione dell'apparecchio o siringa, assistenza, ecc.

Il nostro servizio di trasfusioni funziona prevalentemente per la Clinica dove il nostro Maestro prof. Frugoni, dà nei vari casi la indicazione e segue i risultati; noi facciamo largo uso di trasfusioni, anche ripetute, in qualche caso ne sono state fatte 30 e anche 40. In certe mattine vengono eseguite 6-8 trasfusioni in tempo relativamente breve. Noi abbiamo avuto anche chiamate, talora d'urgenza, da varie Cliniche: Clinica Chirurgica del prof. Alessandri prima ed ora del prof. Paolucci, Clinica Ostetrica del prof. Gaifami, con cui noi lavoriamo con la più cordiale collaborazione, e così Clinica Pediatrica del prof. Spolverini, Clinica Otorinolaringoiatrica del prof. Vidau, Clinica Dermatologica del prof. Bosellini, Clinica Chirurgica del prof. Bastianelli (il quale per le sue trasfusioni ricorre da tempo alla nostra emoteca, e noi abbiamo fatto varie trasfusioni sia in fase preoperatoria che durante l'intervento quanto dopo, sempre con ottimi risultati). Vari Ospedali di Roma, servizi di pronto soccorso, medici pratici hanno pure fatto ricorso alla nostra emoteca. Il sangue fu portato o mandato lontano anche centinaia di chilometri.

Io ho avuto, pure di notte, richieste d'urgenza di sangue, da medici che non sapevano come e dove in brevissimo tempo procurarselo. Il sangue fu subito portato sul luogo, ed iniettato facilmente talora con risultati sorprendenti. Se il caso è urgentissimo e non si può determinare il gruppo, io uso portare ed iniettare il sangue di datore universale, ma se c'è disponibilità anche di pochi minuti, io porto di solito il sangue di gruppo O ed A, i due più frequenti, determino il gruppo del paziente e scelgo il sangue che più conviene,

(Se il gruppo è già stato da altri determinato, accertarsi che sia stato fatto da persone competenti e con sieri freschi).

Io ho avuto anche richieste telefoniche urgenti da città e paesi lontani, dove non c'era la possibilità di trovare un datore o di fare i gruppi, il sangue fu subito inviato con mezzi celeri (auto o ferrovia) talora unito alla siringa Jubé, già pronta anch'essa per l'uso, così il medico che lo riceveva lo poteva iniettare subito. Molti colleghi sono rimasti entusiasti per il servizio e la facilità con cui possono ricevere il sangue e da se stessi fare la trasfusione e seguirne i risultati, ciò che non era mai stato loro offerto in precedenza.

Questo non indifferente lavoro è finora tutta una mia iniziativa e fatica personale anche gravosa. Le chiamate, benchè la nostra Emoteca non sia una cosa pubblica, sono state da me immediatamente soddisfatte, le trasfusioni sono state fatte subito, talora entro pochi minuti. Di fronte a richieste urgenti, di fronte ad una madre, come anche a me è più volte accaduto, che per una acuta emorragia dopo il parto, giace pallidissima, inerte, non si può non correre e portare quel sangue che solo le può ridare la vita, anche se il nostro è un servizio interno e anche se questo sangue era destinato ad altri casi meno urgenti. Fra gli altri ricorderò un caso che era esangue, senza riflessi corneali per emorragia acutissima, chiamati di massima urgenza, (non era neppur da pensare a mettersi a cercare un datore) siamo subito accorsi; a mano a mano che si iniettava il sangue, pure sommariamente riscaldato, il paziente, riprendeva ed alla fine della trasfusione aveva già riacquistato coscienza e parlava.

Un servizio di così grande importanza, anche sociale, com'è il tenere in funzione una emoteca, merita però di essere appoggiato dalle competenti Autorità. La necessità, più volte da me sottolineata, di istituire « Centri » capaci di rispondere in ogni momento alle richieste, si fa sentire sempre più ed è da molte parti specialmente dai medici pratici, reclamata. Ora, dopo averne apprezzata l'utilità, l'istituzione di questi centri, mercè le recenti disposizioni ministeriali sta per essere realizzata. *L'istituzione di emoteche è oggi una necessità pubblica* e dare il proprio sangue, oltre che un atto altamente umano, diventerà domani quasi un dovere. Molti di noi hanno visto casi di anemia acuta, acutissima morire per non avere a disposizione un datore. Sono casi dolorissimi che non si dimenticano mai, in essi *la vita sfugge solo per mancanza di sangue*, poco o nulla giovano in queste condizioni le flebolisi od altri mezzi, *ci vuole sangue.*

Ancor oggi, purtroppo, muoiono per anemia acuta da emorragia, da varie cause, da parto, traumi, ferite, ecc. soggetti per il resto sani, che potrebbero essere rapidamente e definitivamente « recuperati », salvati con sangue pronto, sottomano.

Con una buona organizzazione, come i tempi moderni ci permettono, *queste morti non devono avvenire più o solo in casi eccezionali.*

È in questi pazienti che l'opera del medico darà le più grandi soddisfazioni ed i più sicuri successi, perchè si tratta di *salvare soggetti sani* e non di prolungare la vita, opera ugualmente umanitaria, a soggetti fatalmente condannati, come può essere un leucemico, un canceroso, ecc.

Fra le varie provvidenze del Regime anche questa avrà grande utilità pubblica.

Anche il prof. Gaifami ed il dott. Bruno hanno sottolineata l'importanza del sangue pronto per l'uso nel campo ostetrico.

Attualmente è in via di costituzione nel nostro Policlinico, per interessamento del Direttore prof. Galli e della Direzione degli Ospedali Riuniti di Roma, un Centro di Raccolta e di Conservazione del Sangue, Centro che dovrebbe funzionare collegato all'Associazione Datori Volontari e raccogliere anche il siero di convalescenti (poliomielite, morbillo, pertosse, scarlattina, parotite) il cui uso va sempre più diffondendosi. Sarà questo uno dei pochi Centri esistenti in Europa (in Francia quello del prof. Janneney, nel Belgio quello del prof. Hustin e Dumont).

In caso di eventuale conflitto questo Centro potrà essere a disposizione della Sanità Militare. In tempo di guerra, negli Ospedali Militari, ci sarà bisogno di sangue e di non poco sangue. In primo tempo quello occorrente potrà essere dato dai datori sul luogo, ma non sarà a lungo sufficiente, esaurita la loro possibilità, dovrà essere usato il sangue inviato dalle retrovie, dall'interno del Paese, come si fece su larga scala nella guerra di Spagna.

Oltre che nelle emorragie acute, negli choc, ecc., il sangue totale od, in casi particolari, il plasma potrà dare utili vantaggi nelle ustioni, in certi gasati, negli avvelenamenti, in varie malattie infettive e nelle anemie conseguenti ad esse.

Nel finire questa breve esposizione vorrei ancora ripetere che oggi la trasfusione di sangue non deve più rimanere una pratica rara. Pur con le dovute cautele necessarie per non incorrere in incidenti, le tecniche ed i me-

todi attuali ci permettono di farla entrare nell'uso corrente, anche come terapia abituale, possibile a tutti. La trasfusione di sangue trova indicazioni essenziali o coadiuvanti in molte forme morbose.

Nessun malato in cui essa è indicata, deve essere privato per mancanza od insufficenza di organizzazione, di questo mezzo meraviglioso di terapia che può dare grandi, talora insperati vantaggi. Essa può essere usata come trasfusione di sangue completo, come trasfusione di plasma, di globuli bianchi, di piastrine, come immunotrasfusione e come abituale emoterapia. Quando la trasfusione è fatta correttamente, rispettando le regole principali (usare sangue possibilmente dello stesso gruppo del ricevitore, trasfusione lenta, sangue prelevato a digiuno, eventuali prove preliminari diretta e crociata) quasi sempre, secondo la nostra esperienza, decorre senza alcun disturbo e quegli incidenti, altre volte notati, possono essere quasi costantemente evitati.

RIASSUNTO.

È ricordata l'attività del Centro di raccolta e di conservazione del sangue per la trasfusione, istituito quattro anni fa, dall'A. nella Clinica Medica di Roma, e nel quale viene usato il metodo di stabilizzazione e di conservazione dall'A. stesso già proposto.

1229 trasfusioni finora eseguite, coi migliori risultati, hanno dimostrato i grandi vantaggi di aver sangue pronto per l'uso.

Oltre alle trasfusioni eseguite nella Clinica Medica, ne sono state eseguite numerose anche in altre Cliniche ed Ospedali di Roma. Talora il sangue è stato portato in luoghi lontani centinaia di chilometri o inviato con mezzi celeri in seguito a richieste urgenti.

Viene ancora sottolineata l'importanza, anche sociale di simili Centri od Emoteche, sia in tempo di pace che di guerra.

NOTE E CONTRIBUTI

R. CLINICA MEDICA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. C. FRUGONI.

Sul valore della "Röntgenterapia" nel trattamento delle ulceri duodenali.

Dott. MANLIO CACE, assistente v. radiologo.

Uno degli argomenti più discussi tuttora fra i radiologi e sul quale i pareri di clinici valorosi e di attenti ricercatori è più discorde, è rappresentato dalla Roentgenterapia nelle lesioni gastro-duodenali.

Da moltissimi anni questo metodo terapeutico è stato proposto, via via utilizzando tecniche diverse (1).

Non mancarono AA. che si mostrarono soddisfatti dei risultati come Lenk, Holzknecht, Menzer, Woenkhaus, Kolta e Dunay, Zitronberg, Presser, Koppelmann, e Bogdassarow, Ingenburg, ecc.

Però altrettanti AA. si sono mostrati più scettici sopratutto perchè non credono possibile poter ottenere una completa guarigione: Strauss, Solomon e Oury, Bensand, Mann, Case, e Boldyreff.

Altri assolutamente negano importanza alla terapia Roentgen.

In Italia noi dobbiamo dire che pochi radiologi: Talia, Mancinelli, Epifanio, Viviani, Capuani e Lupo, hanno applicato veramente il metodo e nel trattato del Perussia (1934) l'Alberti non porta contributo personale, ma passati in rassegna i risultati di diversi AA. conclude considerando questa terapia « come coadiuvante delle comuni cure medicamentose e dietetiche ».

Tralascio di parlare delle tecniche adoperate in passato (vedi Perussia).

In questo ultimo tempo l'argomento è stato ripreso specialmente da autori russi i quali hanno portato contributi personali di numerosi casi trattati con tecniche rigorose e moderne e studiate sia radiologicamente sia clinicamente sia prima che dopo il trattamento.

Holst, Schaal e Negovsky su di un materiale di 29 casi: (8 ulcere duodenali, 17 ulceri gastriche, 2 ulceri peptiche del digiuno, 2 gastriti iperacide) trattati con la Roentgenterapia affermano aver ottenuto un miglioramento notevole, cioè una diminuzione del vomito e

(1) Dosaggi; tensioni; filtraggi varii; irradiazioni dirette; stimolazioni a distanza; irradiazioni previa somministrazione di solfato di bario per l'utilizzazione delle radiazioni secondarie (Mancinelli).

dei dolori, una diminuzione dei rigurgiti, del bruciore, della rigidità delle pareti muscolari, nonchè dell'acidità gastrica e del muco; un aumento anche della riserva di alcali nella maggior parte dei casi. Solo in 5 casi ebbero una diminuzione completa dei suddetti disturbi; però con una durata massima di 6 mesi. Le successive ricadute sarebbero state di minore intensità. La localizzazione dell'ulcera non avrebbe importanza; le sole ulcere piloriche avrebbero reagito meno bene. Circa la tecnica gli AA. sono andati un po' a tentativi, finirono poi col preferire il 15 o il 20 % di H.E.D. con filtro 0,5 Cu + 3 All; distanza focale cm. 25; Kw. 165 (irradiazione diretta sulla regione gastrica).

Nemenov e Jugenburg trattarono 204 casi di ulcere gastro-duodenali dal 1920 a 1928, di cui in 113 oltre all'irradiazione della regione gastrica aggiungessero l'irradiazione del tratto corrispondente del midollo. Avrebbero ottenuti i seguenti risultati: 56 % con durata dell'effetto da 1 a 3 anni, 30,9 % con miglioramento marcato, 13,1 % senza effetto.

L'irradiazione combinata avrebbe dato miglior risultato che la sola locale, specialmente si ebbe successo nella ulcera peptica del digiuno. L'irradiazione midollare abbasserebbe il contenuto di HCl, regolerebbe il tono gastrico, la peristalsi e lo svuotamento gastrico.

Turel pure praticò delle irradiazioni al midollo e precisamente per le ulceri gastriche irradiò dalla IV fino all'VIII vertebra dorsale e per quelle duodenali dalla V alla X; ripetè l'irradiazione dopo tre settimane e dopo 1 mese, dando il 20 % di H.E.D.

La casistica si riferisce a 27 pazienti, di cui 21 guarirono e 3 rimasero senza risultato. Per guarigione l'A. comprende: scomparsa del vomito, del malessere generale, dei dolori e scomparsa pure della nicchia. La guarigione si manifestava entro 3 mesi dall'irradiazione.

Olchowskaja, Brill, Sorina, trattarono 60 casi: 33 di ulcera gastrica, 22 ulcera duodenale e 5 ulcere peptiche digiunali — 2 campi anteriori e 2 campi posteriori, ogni campo 30 % di H.E.D. con 0,5 Cu + All.

Il ciclo venne ripetuto dopo tre settimane. Gli AA. ebbero una guarigione clinica nel 16 %, miglioramenti notevoli nel 44,5 %, miglioramenti nel 18%, e il 21,5 % senza successo.

Per guarigione clinica gli AA. intendono scomparsa dei dolori e delle manifestazioni dispeptiche, diminuzione della acidità gastrica e scomparsa della nicchia. Come notevole miglioramento quei casi in cui soltanto dopo errori dietetici si ha ricomparsa dei dolori e nei quali le manifestazioni dispeptiche sono completamente scomparse. Come miglioramenti: i casi nei quali le manifestazioni dispeptiche sono diminuite e i dolori solo saltuari.

Secondo gli AA. il relativamente piccolo numero di guarigione sarebbe dovuto ai casi gravi presi in cura.

L'acidità ebbe a diminuire in 51 casi (essi stessi dicono che la maggior parte degli altri AA. non ebbero alcuna influenza dalla terapia sull'acidità).

Lo spasmo pilorico diminuì in 8 casi. Nessun miglioramento ebbero nelle stenosi piloriche. Sfortunatamente essi non poterono tenere sotto controllo i pazienti curati per cui non sanno dire se e quando si manifestarono le recidive.

Controindicativi sarebbero, tutti quei casi, i quali hanno bisogno di immediato intervento chirurgico, oppure presentano, un processo infiammatorio acuto o una tbc. aperta, o di una accentuata cachessia.

Per tutti gli altri casi essi consigliano il trattamento con i raggi X, da tentare sempre prima di una operazione.

Invece Joffe e Salzmann che trattarono 42 malati di sicura ulcera gastrica, (dose 20-25 % di H.E.D.), in nessun caso ottennero una guarigione completa e il miglioramento durò al massimo da 4 a 6 mesi.

Lo stesso ottennero Jugenburg e Gurevic, i quali affermano anche che l'effetto sull'acidità gastrica nelle ulcere gastro-duodenali è indipendente dall'irradiazione: solamente in qualche caso in cui furono ripetute varie irradiazioni si ebbe qualche raro influsso. Gli AA. avrebbero trovato una duratura ricomparsa della normale quantità di HCl nel succo gastrico in alcuni casi di achilia gastrica.

Golonsko sulla scorta della teoria di Bergmann circa la patogenesi dell'ulcera g. d., provò influenzare queste lesioni con l'irradiazione Roentgen dei sistemi simpatico e parasimpatico delle ghiandole del collo. Irradiò 12 pazienti (dose 25 % di H.E.D.) per due giorni, indi dopo 6-8 giorni di riposo nuovo ciclo; in qualche caso anche un terzo ad uguale distanza. In 10 casi ottenne diminuzione dei disturbi, in 5 riduzione (non scomparsa) della nicchia. L'acidità però non venne influenzata affatto. I malati rimasero da 4 a 8 mesi sotto osservazione.

Nel complesso questi AA. avrebbero ottenuto sia con l'irradiazione diretta della regione gastrica, che con la irradiazione del midollo

una certa percentuale di miglioramento specialmente nella sintomatologia subiettiva, miglioramenti che di solito si prolungano per un tempo maggiore quando dalla irradiazione gastrica diretta si aggiunge anche quella del midollo.

Vere e proprie guarigioni controllate radiologicamente anche in questi ultimi AA. sono scarse, o per lo meno non dimostrate od affermate recisamente. Il sintoma che scompare più facilmente è il vomito, poi il dolore, il rigurgito e il bruciore (1). Infine avrebbero ottenuto anche un miglioramento dello stato generale (peso, appetito, sonno).

Di solito la durata degli effetti di questa terapia è temporanea da 1 mese a 5-6 mesi; tempi maggiori vennero ottenuti da Nemenoy e Jugenburg (1-3 anni).

Circa l'acidità i pareri anche di questi ultimi AA. sono discordi e i dati di laboratorio variano molto da caso a caso. Però questi stessi AA. aggiungono che tutti questi cambiamenti nel chimismo gastrico non sono affatto stabili, infatti appena terminata l'irradiazione i coefficienti di essi ritornano allo stato di prima. In generale i malati che rispondono meno o non rispondono affatto alla terapia sarebbero quelli che hanno tendenza alla stenosi e quelli complicati a numerose aderenze.

Data la ripresa degli studi su questo dibattuto argomento era logico riprendere in esame le nuove tecniche proposte.

Allo scopo nella Clinica Medica di Roma sono stati scelti alcuni casi tipici di ulcera duodenale nei quali la diagnosi clinica venne corredata dagli esami chimici (succo gastrico) e radiologici.

Essi furono sottoposti a sedute di Roentgenterapia, dirette (sull'aia gastrica e a distanza sulla regione paravertebrale corrispondente).

La tecnica che fu usata è stata di 4 irradiazioni a distanza di circa 6-7 giorni, 3 sul simpatico paravertebrale dalla V alla XII vertebra toracica ed una direttamente sulla zona epigastrica. Dose 0,25 % di H.E.D. a 30 cm. di distanza F. pelle con raggi duri (200 Kv.) m A 2, filtro 0,5 Cu + 2 all. con un complessivo di 720 r (180 r per seduta). In qualche caso si è ripetuto il ciclo dopo 3 mesi.

Nella sottostante tabella sono stati riassunti i dati più importanti relativi ai suddetti malati.

(1) Radiologicamente inoltre avrebbero trovato una diminuzione di intensità degli spasmi, una normalizzazione dell'attività peristalsica dello stomaco e una maggior regolazione dello svuotamento gastrico.

Come appare dalla tabella sono stati trattati complessivamente 12 malati: 10 uomini e 2 donne, 6 ricoverati in clinica e 6 ambulatoriamente, di questi ultimi due dopo la 2ª irradiazione non si sono più presentati; in uno solamente si ottenne scomparsa della nicchia e di tutti i disturbi, però poco dopo 6 mesi si ebbe ricaduta.

In 5 pazienti, non si ebbe modificazione del quadro radiologico, ma completa scomparsa dei disturbi, con miglioramento dello stato generale. La ricaduta ricomparve entro 3-6 mesi dalla cura Roentgen.

In 2 pazienti si ebbe soltanto attenuazione dei disturbi tanto che furono poi sottoposti a cura medica. In altri due pazienti non si ebbe alcuna modificazione, anche in questi si ricorse in seguito ad altra terapia.

Quanto ai dati del succo gastrico si può dire che furono ricercati con il seguente ritmo: prima della cura Roentgen a digiuno in ogni paziente per 2 volte con o senza stimolo istaminico, in seguito dopo la prima irradiazione e dopo l'ultima.

Circa i risultati in nessuno dei pazienti si ebbe a rilevare appariscente modificazione nel chimismo, e, specialmente dell'acidità.

I controlli radiologici vennero ripetuti due o tre volte a seconda della durata del miglioramento del paziente.

I casi che sono stati da me sottoposti al trattamento Roentgen e così studiati sono piuttosto in numero esiguo.

A parte il primo caso, nel quale a ripetuti controlli radiologici non fu possibile per 6 mesi mettere più in evidenza l'immagine di nicchia duodenale, che in precedenza era stata chiaramente osservata, sembra che poco più della metà dei casi non abbia risentito beneficio della terapia, dato che è regola di calcolare come casi negativi quelli che interruppero a metà il trattamento. Nè io posso argomentare con sicurezza che nel primo caso l'ulcera si sia realmente riepitelizzata, perchè noi sappiamo come a volte cessato lo stato spastico del duodeno non sia possibile all'indagine radiologica più accurata fornire la prova della esistenza di un processo ulcerativo che purtroppo invece ancora persiste. Negli altri sei casi influenzati dal trattamento ho assistito soltanto ad una temporanea scomparsa della sintomatologia subiettiva, quale qualsiasi altra cura medica in uso nel trattamento di queste forme morbose riesce facilmente ad ottenere nella maggioranza dei casi.

Non è una conquista molto importante ot-

Numero	Generalità	Età	Esame radiologico	Esame succo gastrico HCl		DECORSO	NOTE
				prima	dopo		
		anni					
1	C. Davide ricoverato	35	Nicchia parete anteriore bulbo duod.	aumentato	invariato	Scomparsa sintomatologia subbiett. Stato generale migliorato. R. X.: scomparsa nicchia.	Ricaduta dopo 6 mesi.
2	F. Giuseppe ricoverato	41	Megabulbo con nicchia sotto compressione	aumentato	leggerm. diminuito	Scomparsa sintomatologia subbiett. Stato generale migliorato. R. X. quadro invariato.	Ricaduta dopo 4 mesi.
3	T. Antonio ricoverato	38	Bulbo deformato con nicchia nel recesso mediale.	leggerm. aumentato	invariato	Scomparsa sintomatologia subbiett. Stato generale migliorato. R. X. quadro invariato.	Ricaduta dopo circa 7 mesi.
4	N. Amerigo ricoverato	26	Bulbo duoden. tipo Akerlund con nicchia.	aumentato	invariato	Nessuna modificaz. nè della sintomatologia sia subbiett. nè dello stato generale. R. X. quadro invariato.	Secondo ciclo: invar. Cura medica.
5	T. Edmondo ambulatoriam.	34	Spasmo medio bulbare con nicchia centrale	leggerm. aumentato	—		Interrotta la cura alla 2ª applicazione.
6	C. Ferdinando ricoverato	48	Bulbo deformato tipo Akerlund, piccola nicchia recesso laterale.	aumentato	invariato	Diminuita (ma non scomparsa) la sintomatologia subbiettiva. Invariato stato generale. R. X. quadro invariato.	Secondo ciclo: invar. Cura medica.
7	D. S. Cesare ambulatoriam.	25	Bulbo deformato con nicchia mesobulbare	aumentato	leggerm. diminuito	Scomparsa sintomatologia subbiett. Stato generale migliorato. R. X. quadro invariato.	Ricaduta dopo 4 mesi.
8	P. Giuseppe ambulatoriam.	29	Bulbo duoden. tipo Akerlund con nicchia **parete** posteriore.	aumentato	—		Interrotta la cura alla 2ª applicazione.
9	C. Omobono ricoverato	30	Resecato gastrico. Neostoma dolente, ma regolare per forma e funzionalità.	non è stato controllato	—	Scomparsa sintomatologia subbiett. Stato generale migliorato. R. X. scomparsa dolore.	Sfuggito all'ulteriore controllo.
10	G. Antonietta ambulatoriam.	44	Bulbo duodenale deformato con piccola nicchia.	aumentato	invariato	Nessuna modificazione nè della sintomatologia subbiettiva nè dello stato generale. R. X. quadro invariato.	Rifiuta 2° ciclo irradiazioni. Cura medica.
11	L. Arturo ambulatoriam.	46	Bulbo deformato con nicchia sulla piccola curvatura.	leggerm. aumentato	invariato	Dapprima lieve modificazione poi scomparsa sintomatologia subbiettiva. Stato generale migliorato. R. X. quadro invariato.	Secondo ciclo. Ricaduta dopo 4 mesi.
12	L. Maria ambulatoriam.	36	Spasmo medio bulbare con nicchia.	normale	invariato	Scomparsa sintomatologia subbiett. Stato generale buono anche prima della cura. R. X. quadro invariato.	Ricaduta dopo 3 mesi.

tenere un effetto analgesico nei duodenali o un miglioramento nell'acidità, l'importante sarebbe giungere alla completa guarigione senza un atto operatorio più o meno demolitore e questo purtroppo anche nelle condizioni attuali di tecnica non è.

Quanto all'eventuale meccanismo di azione biologico dei R. X. sull'ulcera duodenale, anche i più recenti AA. sopracitati, sono ancora rimasti in dubbio. Alcuni propendono più che altro per una azione depressiva sulle ghiandole secretive dello stomaco, altri su quel complesso di fenomeni che caratterizza il meccanismo di azione delle radiazioni su tutti i processi infiammatori sia con un'azione di riassorbimento sull'infiltrato sia in forma di riattivazione del tessuto di cicatrizzazione, altri infine sopra una più evidente influenza delle radiazioni sul sistema nervoso autonomo.

La scarsa e irregolare influenza che è stata accertata dagli AA. e da me sulle variazioni cliniche del succo gastrico non fanno pensare che almeno per la dose adoperata i R. X. abbiano un'azione prevalente sopra le ghiandole secretive gastriche (1). Può darsi invece che il meccanismo di azione sia almeno in parte simile a quello che normalmente si ritiene intervenire nell'irradiazione dei processi infettivi, meccanismo che ultimamente è stato sintetizzato dal Milani nella relazione al Congresso di Parigi. Però a me non sembra che entrino solamente questi fattori, certamente anche la stimolazione sul sistema nervoso autonomo gioca la sua parte in quanto che: 1) i risultati più probativi si sono ottenuti associando l'irradiazione locale sull'aia gastrica a quella delle regioni paravertebrali corrispondenti; 2) perchè Hertz dice di aver ottenuto qualche influenza sul processo morboso irradianti 50 paz. con raggi limite radiazione che per la loro scarsissima penetrabilità non possono avere alcuna influenza sulla parte gastrica; 3) perchè Golonsko afferma che pure in gruppo di ulcerosi una certa influenza avrebbe avuto l'irradiazione delle regioni laterali del collo.

RIASSUNTO.

In seguito ad ultimi lavori che hanno ripreso in esame l'argomento della Roentgenterapia dell'ulcera gastro-duodenale l'A. ha voluto controllare se miglioramento delle tecniche e del dosaggio in Roentgenterapia avesse potuto determinare variazioni dei risultati che fin dai primordi dell'era radiologica erano apparsi piuttosto scarsi. In esito al trattamento di 12 casi di ulcera duodenale egli non crede che ancora i R. X. possano dare in questo campo risultati concreti e quindi che contrariamente alle recenti affermazioni della scuola Russa il metodo non merita di entrare nella pratica.

(1) È da notare che lo studio condotto più di 20 anni fa dal Ghilarducci sopra l'influenza dei raggi X, sulla mucosa gastrica del coniglio, fu eseguita con dosi di irradiazione notevolmente superiore a quelle dei vari AA. adoperata successivamente in terapia.

BIBLIOGRAFIA.

CAPUANI, LUPO. Osped. Magg. Novara 1933 v. X.
GOLONSKO. Zbl. Rad. vol. 19, 1935.
HOLST, SCHAAL, NEGOVSKY. Forschr. Röntg. v. 50, 1934.
JOFFE, SALZMANN. Zbl. Rad., vol. 19, 1935.
JUGENBURG, GUREVIC. Zbl. Rad., vol. 16, 1934.
NEMENOV, JUGENBURG. Zbl. Rad., vol. 18, 1934.
PERUSSIA. Tratt. Röntgen e Curieterapia, 1934.
TUREL. Zbl. Rad., vol. 19, 1935.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

L'aspirazione endocavitaria delle caverne tubercolari del polmone.

Abbiamo già data notizia (N. 2 del 15 gennaio 1940) di questo procedimento attuato da V. Monaldi, che accanto a vari sostenitori ha trovato vivaci oppositori.

Il metodo consiste nell'introdurre entro la caverna (dopo averne esattamente individuata la posizione) un tubo di drenaggio, del diametro approssimativo di una Nélaton del N. 12. La sonda viene lasciata a permanenza ed è connessa con un sistema di aspirazione, che può funzionare in modo continuo o discontinuo. La secrezione cavitaria viene così convogliata verso l'esterno; dapprima densa e ricca di frustoli caseosi, si viene facendo meno consistente, più fluida, sierosa e finisce col cessare. Nel decorso ideale della cura, la caverna si viene raggrinzando e, con l'accostamento delle pareti, queste finiscono per collabire e saldarsi, mediante un tessuto di granulazione: la caverna scompare. Contemporaneamente, si ha ripresa dello stato generale con miglioramento di tutta la sintomatologia (febbre, tosse, espettorato).

Non è il caso di parlar qui delle indicazioni e controindicazioni del metodo, nè dei particolari della tecnica. Nella bibliografia che riporto, i lettori che s'interessano dell'argomento potranno trovare le notizie che desiderano. Ci limitiamo, pertanto, a prospettare lo stato attuale della questione, esaminandola obbiettivamente nel chiuso ambito di una rivista tecnica. La divulgazione, inconsideratamente fattane nei giornali politici, è stata quanto mai nociva, anche per lo stesso successo del metodo. Travisati dal linguaggio giornalistico ed ancor più dalle accese fantasiose speranze dei

*

malati, gli effetti ottenuti sono diventati guarigione assoluta delle caverne e guarigione della tubercolosi polmonare, anche allo stadio disperato, come il profano pensa si trovino tutti i portatori di caverne. Ed era giusto che i medici insorgessero contro la divulgazione di procedimenti terapeutici ancora allo stato di studio, capaci di accendere rosee speranze e disperanti delusioni. Il dramma della tubercolina di Koch, al suo primo apparire, è a tutti noto.

Nessun dubbio che l'idea di svuotamento del contenuto delle caverne sia seducente, per quanto inspirata ad un concetto che sa forse un po' troppo di esclusivismo chirurgico. L'idea di procedere allo svuotamento mediante l'aspirazione si è detto che non è nuova. Si può, però, osservare che, fra quelli che l'hanno avuta, alcuni non l'hanno tradotta in realtà ed è, quindi, rimasta sterile; altri (Eloesser) hanno fatto dei tentativi così sfortunati, da non volervi più insistere. Ora sebbene — come osserva giustamente F. Bocchetti — non si conoscano i risultati statistici precisi della prima centuria di casi di V. Monaldi, è chiaro che gli effetti non possono essere stati altrettanto dannosi come quelli dei casi di Eloesser. Anche nell'applicazione fatta da altri ed in quegli stessi casi riportati da F. Bocchetti, non si citano risultati nettamente dannosi. Un caso di Jacono è venuto a morte per broncopolmonite, ma lo stesso autore riconosce che non vi erano le condizioni essenziali per il trattamento.

A parte, quindi, gli effetti che se ne possono ottenere, non si può disconoscere a V. Monaldi il merito di avere ideato e tecnicamente realizzato un metodo di aspirazione endocavitaria, che non presenta evidenti pericoli ed è di esecuzione, se pure delicata, non difficile.

Ma quali sono i *risultati* che se ne ottengono?

Riportiamo un caso favorevole, scelto fra quelli di V. Monaldi, di una donna, con forma ampiamente distruttiva, sottoposta dapprima a toracoplastica, che era riuscita a cronicizzare la lesione, lasciando uno stato di tossiemia cronica in rapporto con due grosse caverne. Dopo soli 4 giorni di aspirazione, queste si erano notevolmente ridotte; scomparvero successivamente la febbre e tutta la sintomatologia tossiemica; aumento notevole di peso. In poco più di un mese, totale elisione della caverna, confermata per oltre un anno, con dati stratigrafici negativi.

Non sempre gli effetti sono così soddisfacenti. Fra l'altro, la sonda può tendere ad essere espulsa, oppure la caverna si riduce soltanto di poco. Schuberth, anzi, dice che un vero annullamento della caverna non si ha mai, forse per il troppo breve tempo di osservazione. V. Monaldi ed altri fanno rilevare la scomparsa dei bacilli dallo sputo e dal liquido aspirato, effetto che non è stato osservato da Grass, ciò che rende assai dubitosi sull'esito finale del metodo; può darsi che anche in questi casi si tratti di insufficiente periodo di osservazione. Lo stesso Grass rileva inoltre che egli non ha mai veduto occludersi, nemmeno temporaneamente, il bronco di drenaggio; osservazione nettamente contrastante con quelle di V. Monaldi, che però non sembra abbia dato una dimostrazione perentoria di tale occlusione.

Su quali *premesse teoriche* basa il metodo?

V. Monaldi attribuisce l'effetto del suo metodo al fatto che, col richiamo aspiratorio, si ripristina l'aereazione della zona circostante alla caverna, che si trova in stato di relativa atelettasia; lo spazio cavitario viene così gradatamente a rimpicciolirsi. Tale meccanismo, seducente nello schema, viene però contestato dai fatti, Grass ha osservato che il rischiaramento del campo polmonare circostante alla caverna si fa soltanto in alcuni punti, e proprio in misura assai scarsa nella zona dove sarebbe da aspettarsi uno spiegamento del tessuto atelettasico. L'ipotesi del tessuto atelettasico che si enfisematizza è contraddetta anche da G. Costantini.

Altri fattori d'indole biologica sono invocati da V. Monaldi per spiegare l'effetto favorevole del suo metodo.

P. Parodi ritiene che si tratti di un riflesso viscero-viscerale e riconosce al metodo un successo soltanto effimero.

Ma i dibattiti sulle teorie sono inutili e sterili e fortunatamente poco influiscono sull'accettazione o meno dei metodi terapeutici, tanto che sebbene non si sia ancora raggiunto il pieno accordo sul meccanismo d'azione del pneumotorace, questo è continuamente ed universalmente adottato.

Più importante è rimanere sul saldo terreno dei fatti, in modo da valutare la reale portata del metodo, allo scopo di vedere se vale la pena di introdurlo nella pratica tisiatrica.

Fatto ormai quasi generalmente assodato è che, sotto il trattamento, la caverna subisce delle modificazioni, che possono andare fino alla scomparsa. È noto che, anche spontaneamente, possono aversi tali modificazioni; ma la regolarità con cui esse si osservano praticando l'aspirazione, dimostra che questa entra nella loro genesi. Rimpicciolimento e scomparsa all'osservazione radiologica non significano però guarigione, e si vedono talora delle caverne scomparse spontaneamente, che ritornano allo stesso punto, con la stessa grandezza e con la stessa forma. La guarigione vera di una caverna che si può avere anche spontaneamente in una proporzione che si aggira sul 4-5 % dei casi può essere accertata soltanto con il reperto di una solida cicatrice. Ora, nei casi trattati col suo metodo, lo stesso V. Monaldi riconosce che non si sono avute dimo-

strazioni ineccepibili della definitiva cicatrizzazione delle caverne collabite. (*Lotta contro la tub.*, agosto 1939).

Ma, poi, la scomparsa del fenomeno locale della caverna non significa affatto guarigione della tubercolosi, la quale non può ottenersi che con una sostanziale trasformazione biologica dell'individuo malato.

Bisogna riconoscere, però, che dalle brevi storie cliniche di pazienti trattati con l'aspirazione endocavitaria, risulta che l'elisione della caverna è stata, nei casi favorevoli, accompagnata da notevole miglioramento dello stato generale e dalla scomparsa di fatti tossici, anche in individui malati da anni. Ciò dimostra che l'effetto ottenuto non è stato soltanto locale ma generale (e forse il primo dipende più che altro dal secondo), probabilmente attraverso modificazioni biologiche dell'intero organismo, manifestatesi per vie che la ricerca scientifica potrà precisare, ma di cui la conoscenza è di minore interesse per il pratico.

In questo campo, più delle discussioni aprioristiche, sarà utile un sano empirismo, giudicando il metodo alla sola stregua dei fatti, vedendo cioè se e quali vantaggi possa arrecare.

Prima condizione per l'applicazione di qualsiasi metodo terapeutico è la relativa innocuità (*primum non nocere*); e dico relativa, perchè ogni intervento, anche il più semplice — lo stesso pneumotorace — può avere conseguenze letali. Pare che tale innocuità sia accertata; comunque, sarebbe desiderabile una statistica precisa anche per questo riguardo.

Dati precisi sono poi necessari sugli effetti del metodo oltre e più che sulle caverne, per la guarigione del processo tubercolare. La scomparsa delle caverne si otterrebbe dopo qualche settimana, ma il giudizio sulla guarigione non può esprimersi che dopo un congruo periodo di osservazione, ben più lungo di quello di pochi mesi di molti dei casi riferiti nella letteratura. È la guarigione del malato che interessa, non la modificazione di un fatto contingente, come è la caverna.

Comunque, i risultati ottenuti riferiti da V. Monaldi e da altri, non ci sembrano trascurabili. Il metodo costituisce un tentativo, *tecnicamente riuscito*, che potrà forse dare un'arma di più per salvare dei malati altrimenti destinati ad una prossima fine. Come si è detto, ha nociuto indubbiamente ad esso il fatto di essere passato — come osserva argutamente F. Bocchetti — per gli altoparlanti della cronaca giornalistica quotidiana. Ridotto alla sua precisa finalità e spogliato da disquisizioni teoretiche, il metodo va preso in considerazione, perchè sembra poter dare qualche vantaggio, mentre, come giustamente osservano Burnand, Frencken e Mendes, le critiche fatte non sono di natura tale da interdire il proseguimento delle ricerche. Per quanto delicata, l'applicazione è relativamente semplice e può farsi perfino su malati ambulanti (Weber). Occorre, con uno studio sistematico, precisarne esattamente (come hanno incominciato a fare V. Monaldi e collaboratori) le indicazioni, le controindicazioni, le limitazioni, rilevandone gli effetti con un'ampia applicazione controllata a lungo.

In base a questa, esso potrà forse assumere sviluppi impensati o vedere, invece, ridotte le applicazioni a casi particolari. L'essenziale è un'esatta valutazione dei risultati, da eseguirsi non tanto in funzione del fatto contingente e locale della caverna, ma piuttosto in vista della malattia tubercolare dell'individuo che ne è affetto. A parte l'interesse teorico, ciò che importa non è la scomparsa della caverna, ma la guarigione del tubercolotico e, se questa fosse sicuramente dimostrata, sarebbe merito non piccolo dell'ideatore del metodo l'aver dato un nuovo metodo nella pratica tisiatrica.

AZEGLIO FILIPPINI.

BIBLIOGRAFIA.

V. MONALDI. *Tentativi di aspirazione endocavitaria delle caverne polm.* Ann. Ist. C. Forlanini,

ID. *Il drenaggio di aspirazione nelle caverne tub.* Zeit. f. Tuberk., vol. 82, n. 5, 1939.

ID. *Basi teoriche del procedimento di aspirazione endocavitaria.* Ann. Ist. C. Forlanini, n. 3, 1939.

ID. *L'aspirazione endocavitaria. Documentazione delle basi teoriche.* Lotta contro la tub., gennaio 1939.

V. MONALDI, BOTTARI e BABOLINI. *Osservazioni sulla condotta dell'aspirazione endocavitaria.* Ann. Ist. Forlanini, n. 5-6, 1939.

ID. *La condotta del procedimento di aspirazione endocavitaria.* Ibidem.

F. BOCCHETTI. *L'aspirazione endocavitaria nella cura delle caverne tub. del polm.* Lotta contro la tub., sett. 1939.

F. PARODI. *A proposito dell'aspirazione endocavitaria.* Riv. pat. e clin. della tub., luglio 1939.

G. COSTANTINI. *L'aspirazione endocavitaria per la cura delle caverne polm.* Ibidem, nov. 1939.

BOTTARI e BABOLINI. *Strumentario e tecnica per l'aspirazione endocavitaria.* Ann. Ist. Forlanini, n. 5-6, 1939.

PANÀ e BOTTARI. *Un caso di aspirazione endocavitaria al tavolo anatomico.* Sez. Laziale F.I.N.F. Lotta contro la tub., 17 maggio 1939.

E. MARAGLIANO. *La cura Monaldi delle malattie tub. del polm.* Riforma med., 20 genn. 1940.

H. WEBER. *Il drenaggio aspiratorio nella terapia delle caverne tub. del polm.* Zeit. f. Tub., dicembre 1939.

H. GRASS. *La guarigione delle caverne con il drenaggio di aspirazione di Monaldi.* Ibidem.

A. SCHUBERTH. *Il trattamento delle caverne tub. con drenaggio di aspirazione.* Ibidem, febbraio 1940.

M. A. SISTI. *Contributo clinico al procedimento di aspirazione endocavitaria.* Tubercolosi, luglio 1939.

J. ABELLO. *Nuovo trequarti per l'aspirazione endocavitaria; uso del toracoscopio-cavernoscopio.* Sem. med. españ., febbraio 1940.

J. ARGEMI. *L'aspirazione endocavitaria di Monaldi nel trattam. delle caverne*. Med. españ., ottobre 1939.

G. JACONO. *Aspirazione endocavitaria delle caverne tub. del polm.* Arch. med. e chir. opere antitub.; Milano, n. 4, 1939.

ID. *L'aspirazione endocavitaria nel trattamento delle caverne tub.* Ibidem, agosto 1939.

R. BURNAND e W. FRANCKEN. *Primi tentativi di aspirazione delle caverne col metodo Monaldi.* Rev. de la tuberc., 1939-40, n. 9.

P. CHADURNE e J. BAUDOIN. *Sul trattamento delle caverne tub. col drenaggio parietale di aspirazione.* Ibidem.

G. POIX e A. VINCENT. *Le variazioni di volume delle caverne e l'occlusione del bronco di drenaggio.* Ibidem, dic. 1938.

F. TULINI. *L'aspirazione endocavitaria.* Riv. ital. della tub. 1940, n. 1.

SUNTI E RASSEGNE

SEMEIOTICA.

I disturbi della deglutizione.

(R. COOPE. *Practitioner*, marzo 1940).

La deglutizione è un atto complesso risultante da una serie di contrazioni muscolari mediante le quali il bolo alimentare viene spinto dalla bocca nella parte superiore dell'esofago e da questo succhiato.

I disturbi della deglutizione possono dipendere da un'incoordinazione dell'alto riflesso o da lesioni del tratto dell'apparato digerente dalle labbra allo stomaco.

La disfagia acuta è di solito dovuta a infiammazione o ulcerazione della bocca o dell'esofago. Se la lingua, il palato, la bocca o la faringe sono dolenti il paziente eviterà di deglutire. Perciò le ulcerazioni gengivali, le tonsilliti, la difterite, le ulcerazioni della lingua, gli ascessi retrofaringei e fatti analoghi possono disturbare notevolmente la deglutizione. Altrettanto si può verificare nelle infezioni delle vie aeree superiori con diffusione all'esofago ed anche nelle semplici tracheiti.

Altre cause di disfagia acuta, sono i corpi estranei e le lesioni dell'esofago da caustici e le conseguenti stenosi.

Le disfagie dovute ad incoordinazione dell'arco riflesso si stabiliscono di solito gradatamente a seguito di lesioni neuromuscolari (paralisi post-difteriche, paralisi bulbari, myasthenia gravis, isteria).

Nella maggioranza dei casi però i più gravi disturbi della deglutizione si hanno in seguito a restringimento dell'esofago da cause estrinseche o intrinseche.

Tra le prime vanno notate gli ingrossamenti della tiroide, le adeniti cervicali con o senza ascesso, gli ascessi retrofaringei, le lesioni infiammatorie o neoplastiche della laringe con diffusione all'esofago, l'aneurisma aortico, l'ingrossamento delle glandule mediastiniche di solito cancerose o linfoadenomatose.

Tra le cause intrinseche di ostruzione dell'esofago, oltre ai corpi estranei, vanno registrati il cancro, le stenosi (congenite, cicatriziali, comprese le rare stenosi sifilitiche indolenti), il diverticolo faringo-esofageo, l'acalasia o spasmo del cardias.

La disfagia dipendente da stenosi esofagea si ha solo con l'ingestione di solidi. Questi trovano difficoltà a penetrare nell'esofago ed allora il soggetto lo mastica lungamente, lo imbeve di molta saliva per renderlo meno consistente, e allo stesso scopo aggiunge a ogni boccone molto acqua. Contemporaneamente cerca di spingerlo nell'esofago con movimenti forzati della bocca e del collo e con profonde inspirazioni a glottide chiusa. Il disturbo ha notevoli variazioni giornaliere, anche quando aumenta progressivamente ci sono giorni buoni e giorni cattivi perchè alla stenosi organica si aggiungono contrazioni spasmodiche il cui grado varia notevolmente. Col tempo la deglutizione diventa impossibile anche per i liquidi e lo stesso paziente precisa con esattezza il punto dove l'alimento si arresta. Nelle prime fasi di solito non si ha dolore, ma col tempo, quando la lesione si diffonde alle parti vicine, si può avere un forte dolore sotto lo sterno, che non sempre corrisponde con la sede della lesione.

Le disfagie superiori o ipofaringee possono avere cause diverse.

È raro che si possa avere un disturbo della deglutizione da atresia congenita o da occlusione del lume esofageo da parte di membrane congenite post-cricoidi.

La disfagia può essere provocata anche, ma di rado, da esostosi delle vertebre cervicali o da spasmo del muscolo cricofaringeo.

Il diverticolo faringo-esofageo, dovuto a deficienze della muscolatura o a chiusura incompleta della fessura bronchiale inferiore durante lo sviluppo fetale, produce una disfagia da compressione dell'esofago cronico e lentamente progressivo.

La disfagia valleculare è prodotta dal ristagno di parte del bolo nelle vallecule, ossia nelle due fosse situate nella parte inferiore della faringe, tra la porzione faringea della lingua e la glottide. Può essere primitiva ossia senza lesioni organiche accertabili, o secondaria a carcinoma del terzo superiore e medio dell'esofago, a carcinoma post-cricoide, a diverticolo faringo-esofageo, a paralisi bulbare, a paralisi bilaterale del ricorrente da tumore mediastinico, a tabe con paralisi del vago, a paralisi post-difterica, a trombosi dell'arteria cerebellare inferiore, fatti tutti che determinano una particolare incoordinazione del meccanismo muscolare della deglutizione.

La disfagia della sindrome di Plummer-Vinson è accompagnata da glossite, anemia ipo-

cromica, faringite atrofica con ulcerazioni più o meno profonde dell'ipofaringe, ed in un buon numero di casi anche da acloridria e tumore di milza. La malattia colpisce quasi sempre donne di media età e sembra essere lo stato premunitorio del cancro post-cricoidale e anche dell'anemia perniciosa e dello sprue.

I disturbi della deglutizione possono essere causati da grossi tumori polipoidi benigni della laringe, dal cancro post-cricoide quasi esclusivo delle donne.

Le cause più comuni di disfagia da lesioni del tratto inferiore dell'esofago sono il cancro, la stenosi idiopatica benigna e l'ulcera peptica dell'esofago.

L'acalasia del cardias, un termine introdotto da Hurst per sostituire quello di cardio-spasmo, produce una difficoltà di deglutizione a seguito di incoordinazione dei movimenti della parte terminale dell'esofago per mancanza di rilasciamento. La condizione dovuta a degenerazione del plesso di Auerbach, colpisce prevalentemente i giovani. Di solito s'inizia con attacchi spasmodici di arresto del bolo alimentare a livello dell'estremità inferiore dello sterno accompagnati da senso molto molesto di pienezza. Con il cronicizzarsi dell'affezione una quantità sempre più considerevole di alimenti è ritenuto nell'esofago che diventa sempre più dilatato ed ipertrofico ed in grado tale da produrre disturbi cardiaci e respiratori che cessano solo dopo il rigurgito di tutte le sostanze accumulatesi nell'esofago. Quando le sostanze stesse sono ritenute per parecchi giorni vanno soggette a fermentazione putrida donde infiammazione e ulcerazioni, locali. Di solito una certa quantità di alimenti riesce ad attraversare il cardias e perciò, malgrado tutto, le condizioni generali si mantengono discrete contrariamente a quanto avviene nella disfagia da carcinoma.

Nella fase iniziale della condizione è molto vantaggiosa la dilatazione periodica a mezzo di tubi a mercurio, che può riuscire utile anche quando si sono stabilite la dilatazione e l'ipertrofia dell'esofago. Quando si è determinata l'infiammazione e l'ulcerazione sarà bene provocare lo svuotamento e la lavanda della parte con soluzione fisiologica mediante sonda

L'accertamento della causa determinante della disfagia richiede un'anamnesi accurata, ed un esame completo della bocca, del collo, del torace e del sistema nervoso. Talvolta si dovrà ricorrere ad esami serologici e radiologici, e molto spesso alla laringoscopia ed all'esofagoscopia. DR.

TERAPIA.

Cura delle ustioni.

(R. GOLDHAHN. *Mediz. Welt*, 3 febbraio 1940).

La cura delle ustioni deve mirare a sedare rapidamente e definitivamente il dolore, ad evitare le infezioni, e a ripristinare una superficie cutanea per quanto possibile normale senza cicatrici deturpanti o nocive alla funzionalità. Il dolore delle ustioni, dapprima atroce, si calma se la lesione viene coperta e con ciò non più soggetta alle influenze esterne: la copertura è fatta inizialmente con la fasciatura, in secondo tempo il tessuto di granulazione assume la stessa funzione. Inizialmente però non si potrà fare a meno della morfina, e la si userà in dosi abbastanza alte da essere sicuramente efficace. Vi è chi attribuisce alla morfina qualche caso di collasso in ustionati: è dubbio se la morfina abbia in quei casi provocato il collasso, e ad ogni modo la persistenza degli atroci dolori provoca collassi in un numero non minore di casi. Poichè nelle ustioni la somministrazione di morfina non è necessaria che per pochi giorni, non vi è il pericolo che l'ustionato diventi un morfinomane, la persistenza dei dolori nelle ustioni indica di regola difetti della cura, soprattutto una insufficiente immobilazzazione del territorio cutaneo ustionato. Nelle ustioni di primo grado si possono usare polveri o pomate per calmare il dolore. Sono utili pomate alla anestesina al 10 % o alla percaina all'1 %. Nelle ustioni recenti di secondo grado si asportano le vesciche e si spalma quindi una pomata all'acido tannico all'1 %; se però l'ustione non è più recentissima, si pungono le vesciche, si lava l'interno con soluzione di « taktocut » a 1:10, facendo quindi un impacco della soluzione non diluita. Nelle ustioni di terzo grado dànno ottimi risultati le pomate a base di olio di fegato di merluzzo: questa sostanza è anche antisettica. L'applicazione della pomata calma il dolore della ustione e rende indolori anche i cambiamenti della fasciatura (contrariamente a quanto avviene con le medicazioni a piatto). Non è necessario cambiare spesso la fasciatura; si ricordi che la superficie granulante secerne un secreto purulento anche quando non esiste infezione. Nelle ustioni di terzo grado è molto importante una completa immobilizzazione: la si ottiene con doccie o con apparecchi gessati. Meglio di tutto è mettere a posto dapprima tali apparecchi immobilizzanti, e dopo fare la fasciatura della ustione. La garza che copre quest'ultima oltrepasserà di poco i limiti della lesione, per evitare che essa si muova sulla ferita irritandola: la si tiene a posto con strisce di cerotto. Mezzi speciali per eccitare le granulazioni sono necessari solo se queste sono cattive. Nelle ustioni di individui sani la granulazione avviene spontaneamente, senza alcun bisogno di eccitanti: se la granulazione è cattiva si deve anzitutto ricercare se questo non dipenda da cause generali (intossicazione da lesioni renali o foci infettivi, diabete, anemia, ecc.) o da cause locali (cattiva immobilizzazione, persistenza del dolore che può per sè solo inibire la cicatrizzazione). Solo dopo aver rimosse od escluse queste cause, è lecito ricorrere a po-

mate « stimolanti » le granulazioni (al rosso scarlatto o simili).

Casi di tetano anche mortale possono seguire ad ustioni. Poichè tali casi seguono più facilmente ad ustioni degli arti inferiori e specialmente dei piedi, può essere indicata la iniezione profilattica di siero antitetanico nelle bruciature gravi di tali regioni, come pure nelle ustioni di lavoratori agricoli e in quelle che comunque sono venute a contatto con il terriccio. P.

Cura della sclerosi multipla con acido nicotinico e vitamina B_1.

(M. T. MOORE. *Arch. of Intern. Medic.*, gennaio 1940).

L'ignoranza dell'etiologia della sclerosi multipla giustifica le diversità di cure proposte. Le ipotesi etiologiche proposte sono: endotossine, esotossine, organismi specifici, infezioni da virus, traumi, disturbi vascolari, deficienze vitaminiche.

Furono proposti molti rimedi: arsenico, nitrato d'argento e chinina; unguento all'argento; applicazioni di corrente galvanica; sanguisugio locale; bagni di Nauheim; preparati antimoniali; piretoterapia; interventi chirurgici (simpatectomia cervicale, sezione radicolare); sieri; ipnotismo; iniezioni endorachidee di lecitina, vaccini e cloridrato di chinino.

L'A. ha voluto servirsi dell'acido nicotinico pensando che se c'è un'ipertemia spinale simile a quella che si osserva sulla faccia adoperando questa sostanza, se ne dovrebbe trarre giovamento nella sclerosi multipla.

I casi curati sono stati cinque. Il primo caso fu sottoposto alla prima iniezione del febbraio 1938 e continua ancora la cura che fu solo interrotta per brevi intervalli. Per circa quattro mesi l'acido nicotinico fu fatto per iniezioni endomuscolari ed endovenose a giorni alterni. Per via endomuscolare la dose variava da 60 a 120 mg. sciolti in 10 cc. di soluzione fisiologica sterile, per via endovenosa da 60 a 160 mg. sciolti in 1000 cc. di soluzione fisiologica al 5 % di destrosio introdotti lentamente nello spazio di un'ora. Poi la somministrazione fu fatta solo per via intramuscolare in dose variante fra 80 e 140 mg., due o tre volte alla settimana. Si cominciò allora la somministrazione di vitamina B_1 per via endovenosa. Successivamente l'acido nicotinico e la vitamina furono combinate insieme in acqua distillata. La dose media usata fu di 10 cc. di soluzione per via endomuscolare. Fu studiato il comportamento della pressione del liquido durante l'iperemia da iniezione di acido nicotinico.

In questo primo caso non si ebbe guarigione, ma miglioramento tanto notevole da permettere al malato di camminare. Gli stessi risultati si ebbero negli altri quattro casi (in uno la paziente potè anche riprendere a suonare il pianoforte).

Esperimenti fatti sugli animali hanno dimostrato all'A. che l'acido nicotinico provoca vasodilatazione cerebrale e spinale. Di questo fatto dà la documentazione con fotografie dei vasi spinali.

Non è facile dire se i risultati siano dovuti unicamente alla vasodilatazione provocata nel sistema nervoso dall'acido nicotinico o se vi intervenga il fattore vitaminico.

In quanto alla durata della cura, l'A. fa notare che la cessazione di essa dopo ottenuti i primi risultati riportava l'ammalato alle condizioni iniziali e che la durata prolungata indefinitamente non ha dato luogo fin'ora ad inconvenienti. La cura è consigliabile anche perchè nei cinque casi descritti tutte le cure precedentemente tentate erano rimaste senza risultato. L.

EPIDEMIOLOGIA.

Essenza e genesi delle epidemie.

(JÜRGENS. *Med. Klinik*, 19 gennaio 1940).

Per ben comprendere l'essenza delle epidemie e farsi un concetto della loro genesi e del loro decorso, è opportuna una divisione di esse in due gruppi. Appartengono al primo quelle che minacciano l'intera comunità colpita dall'infezione, senza risparmiare nessuno, in quanto che non esiste immunità naturale. Infezione e malattia sono indissolubilmente collegate e ad ogni infezione segue sicuramente la malattia, sempre uguale nel tipo e nel decorso, che lascia dietro a sè un'immunità duratura: morbillo, tifo esantematico, vaiuolo e malaria appartengono a tale gruppo.

Troviamo, nell'altro gruppo, la maggior parte delle malattie endemiche, che non si sviluppano necessariamente dopo un'infezione, ma soltanto in particolari condizioni. I germi infettivi si trovano largamente e continuamente diffusi fra la popolazione, ma la maggior parte degli individui sfugge all'infezione, protetti dall'immunità naturale. Il germe è la premessa per la malattia, ma l'epidemia non può spiegarsi soltanto con l'infezione. La recettività ha delle impronte diverse, è mutevole, cambia secondo le età della vita e, nel singolo come nella comunità, va soggetta anche nel tempo a grandi oscillazioni e cambia al pari della disposizione alla malattia, sicchè anche l'immunità acquisita è mal sicura.

È appunto in questi rapporti fra l'infezione e la malattia che si riconosce una legge epidemiologica, la quale spiega la genesi delle epidemie e la loro forma e dà le direttive per la lotta.

Per quanto riguarda il primo gruppo di infezioni, si osserva che, con una recettività ge-

nerale uniforme, l'epidemia segue i cammini dell'infezione; il trasporto di germi si connette immediatamente alla malattia ed ottenutasi l'immunità, il germe muore. Non esistono portatori sani; quando un'epidemia si spegne, muore anche l'infezione. L'uniforme recettività generale spiega il quadro clinico uguale con decorso regolare della malattia e fenomeni nettamente marcati. Il passagio all'immunità, che spegne ogni vera malattia infettiva, si manifesta rapidamente senza ostacoli o recidive e l'immunità così acquisita è duratura.

La letalità è, di per sè stessa, scarsa, ma può essere influenzata da varie condizioni esterne. Il morbillo è una malattia innocente dell'età infantile, pericolosa soltanto per gli strati sociali minati dal bisogno e dalla malattia; con la concomitanza di altre malattie infettive, esso diventa pericoloso anche per bambini fiorenti di salute.

Il tifo esantematico è una malattia dell'età infantile nei suoi paesi di origine; la mortalità aumenta col crescere dell'età; quando poi si manifesta in periodi di carestie e di guerra, diventa una delle più temibili epidemie. Il vaiuolo ha perduto, con la vaccinazione, i suoi caratteri di malattia infantile ed, escludendone la febbre suppurativa, anche l'elevata mortalità di una volta; dove manca la febbre suppurativa, come nella vaioloide, la mortalità è scarsa.

L'epidemiologia di queste epidemie è determinata dalle possibilità d'infezione e, nella lotta contro l'agente infettivo, risiedono i nostri mezzi di difesa. La recettività generale spiega il diffondersi di tali malattie in illimitate epidemie, tali da colpire un intero paese, come è accaduto per il tifo esantematico in Serbia ed il morbillo alle isole Faröer. Captando la causa infettante, si spegne l'epidemia, come pure si spegne spontaneamente, quando non vi siano più individui ricettivi. Tutti gli eventi di questo gruppo derivano dal comportamento della causa infettante e della immunità acquisita; quando l'una e l'altra siano note, l'epidemia può essere preveduta e limitata.

Del tutto diverso è il comportamento del secondo gruppo, in cui le epidemie si sviluppano soltanto in determinate condizioni. La maggior parte degli individui possiede un'immunità naturale che li protegge, per cui si infettano, ma non si ammalano. I germi non muoiono con lo spegnersi della malattia, ma rimangono viventi e possono diffondersi per vie nascoste alla popolazione rimasta sana. Anche in questi casi, il quadro clinico presenta una certa uniformità propria delle vere malattie infettive, che le distingue dalle semplici infezioni e malattie settiche. Ma il decorso varia di molto, da un quadro tipico ad un'infezione senza sintomi. La malattia può mutare carattere ed anche il quadro epidemico può variare nel tempo. Le previsioni, quindi, non hanno la stessa sicurezza come nel primo gruppo.

La letalità è quasi sempre considerevole. Poca influenza hanno in questo gruppo le cause esterne, la costituzione o l'età. Si vedono dei bambini mingherlini resistere alla difterite e vite fiorenti non risparmiate dall'influenza o dalla polmonite. Il quadro clinico è dominato dall'equilibrio della tensione individuale fra recettività ed immunità.

La causa infettante non ha qui la parte direttiva. Le possibilità di diffusione dei germi sono illimitate, mentre le probabilità di attacco della malattia sono assai scarse. La concezione della formazione delle epidemie dalla causa infettante ha subìto delle variazioni nel tempo; dal trasporto dei germi per mezzo di oggetti, si è arrivati alla trasmissione immediata da parte dell'uomo, pure ammettendo il trasporto per mezzo dell'acqua o di alimenti, nel caso di grandi epidemie. Molti dubbi si gettano oggi su queste idee, che sono ancora mantenute dalla tradizione, mentre si va facendo sempre più strada l'idea dello sviluppo dei fatti epidemici da una causa infettante già presente.

Manca nel quadro di queste epidemie la stretta dipendenza dalla causa infettante. Esse non seguono in modo obbligato le vie dell'infezione, ma rimangono legate al luogo ed al tempo e si spengono malgrado la diffusione dell'infezione. Fra causa infettante e scoppio di epidemia, è inserito un ostacolo, che può impedire la diffusione, ma anche lasciar libero corso all'epidemia. Diversamente che nel primo gruppo, l'epidemia non rappresenta il rapporto fra popolazione recettiva ed immune, come, per esempio, per il morbillo; ma il sorgere e lo svanire delle epidemie sono influenzati dalle influenze di tempo, di luogo e di individualità, che determinano a loro volta il rapporto fra recettività ed immunità.

Il significato di tali cause individuali è riconoscibile in parecchie malattie endemiche: ciò vale per l'encefalite, per la scarlattina di cui è nota la diversa recettività individuale, per la difterite e per la polmonite come per le malattie da raffreddamento in genere, di cui è nota la parte insufficiente dell'infezione. Nella guerra mondiale, si è veduto che la dissenteria non aveva più la stretta dipendenza con la causa infettante come un tempo si ammetteva ed anche per il tifo si ammette l'importanza delle condizioni individuali. A causa delle scarse nostre cognizioni in questo campo, rimane ancor oggi l'idea dell'irruzione della causa infettante fra la popolazione colpita da forti epidemie.

Nella difterite, le condizioni appaiono più chiare. L'avere esagerata l'importanza dei portatori ha portato alla falsa concezione ad equi-

parare la causa infettante con la malattia; mentre le ricerche sistematiche hanno dimostrato che, col perseguire la causa infettante, non si arriva a nessuna conclusione sull'epidemiologia della difterite. E la genesi della difterite da una causa infettante preesistente ci fornisce la prova dell'importanza delle condizioni individuali. I portatori non sono, quindi, dei trasmettitori di malattia, ma d'infezione. Il quadro epidemiologico della difterite non viene quindi formato dalla causa infettante, ma dalle condizioni dell'organismo e del suo ambiente, che portano a modificazioni dello stato immunitario e ad una reazione alla causa infettante, tale che si arriva ad un equilibrio fra recettività ed immunità.

Il significato delle condizioni individuali risulta evidente nel problema dell'influenza; abbandonata l'idea che la pandemia sia la conseguenza di una causa infettante che si spande nel mondo, si è venuti al concetto di cambiamenti nello stato della popolazione come causa delle ondate epidemiche. Non è la causa infettante che determina l'influenza, ma il sempre mutevole atteggiamento della popolazione verso tale causa. Dopo che l'influenza si è diffusa in vaste pandemie con le consecutive epidemie, la forma epidemica si spegne, malgrado l'enorme diffusione del germe e si sviluppa da questo la malattia endemica legata a cause esterne (quali la stagione, il tempo, i venti), manifestando solo occasionalmente un carattere contagioso, senza svilupparsi in vere epidemie.

La premessa che rimane uguale è il germe, mentre la causa delle ondate epidemiche è da riferirsi al mutevole stato della popolazione. Fra recettività ed immunità esiste un continuo accomodamento, che coll'attenuarsi dell'ipersensibilità si va rendendo sempre meno notevole, sicchè il germe trova nel nuovo stato un punto d'attacco e, pur senza incursione di cause infettanti estranee, si ha una nuova malattia di masse da quella locale. Nelle pandemie, l'influenza mostra la sua dipendenza dal germe, ma si cambiano i rapporti con questo: le condizioni individuali prendono il sopravvento, sicchè ne subiscono mutamenti e il quadro clinico e la letalità.

Il germe rimane pur sempre la condizione necessaria ed è evidente il significato dei cammini seguiti dall'infezione, ma la loro influenza è diversa secondo i due gruppi di malattie. In quelle per cui la sensibilità è generale, si può intralciare il cammino del germe, come accade mediante la vaccinazione per il vaiuolo, la morbilizzazione e spostando le vie d'infezione per il tifo esantematico.

Per le altre malattie infettive, s'inserisce fra l'infezione e la malattia una resistenza di intensità varia ed è essa che determina, insieme con il relativo germe, il quadro epidemico, senza però che mai il germe raggiunga il posto importante, che occupa nel primo gruppo. Quindi, in queste malattie, la lotta contro il germe è di efficacia limitata, anche perchè esso si diffonde per innumeri e nascoste vie. Tutto quanto si può fare in queste malattie è l'isolamento del malato e, con questo, si ottiene molto di più che non con la troppo valutata distruzione del germe stesso.

Non il germe, ma le cause che rendono possibile lo sviluppo della malattia, determinano l'epidemiologia. Questa legge domina dovunque. La disposizione alla malattia fornisce all'infezione la causa scatenante; in mancanza della prima, l'infezione rimane inattiva, ma ogni cambiamento nello stato immunitario può portare alla malattia ed i cambiamenti della resistenza possono fare scoppiare l'epidemia. E, poichè noi non conosciamo le forze che influiscono sulla recettività, noi, pure conoscendo bene il modo di diffusione, non possiamo prevedere le epidemie, la loro forma, la gravità, il decorso e la fine. La soluzione di tali importanti problemi sarà compito del futuro.

fil.

DIVAGAZIONI

L'ovaio di Lima Medina (la più giovane madre del mondo).

Lina Medina, la bambina madre, fu operata di parto cesareo e il chirurgo prelevò un frammento di ovaio. Questo fu esaminato da Mori-Chavez, che ne riferì i risultati all'Accademia di medicina di Lima (*La presse méd.*, 19 dicembre 1939). L'importanza dell'esame sta nella sua rarità essendo l'unico caso studiato fin'ora.

Mori-Chavez trovò una grande quantità di follicoli primordiali e follicoli in evoluzione accanto a numerosi follicoli atresici con alcune particolarità degne di menzione, come l'esistenza di ovociti agminati in gruppi di due o tre o più elementi circondati da un solo involucro di cellule follicolari. Sullo stesso strato ovigeno si trovò una formazione minuscola di cellule epiteliali voluminose arrotondate o ovali, con citoplasma abbondante e nucleo ovoide centrale, che somiglia nel suo insieme ad un paraganglio.

La vera natura di questi elementi è discutibile: per la loro ricca vascolarizzazione appaiono endocrini e, secondo Chavez, si assimilano alle cellule simpaticotrope di Berger o cellule dell'ilo ovarico di Neumann. Esse sarebbero in rapporto colla pubertà e colla gravidanza, precocissime tutt'e due, perchè queste cellule aumentano molto in questi periodi di attività genitale.

Sui follicoli in evoluzione furono trovate immagini di fusione di due follicoli, cioè un follicolo piccolo incluso in uno più grande. Furono trovate queste inclusioni di follicoli di Graaf anche in follicoli atresici. In questi il Chavez vide anche la persistenza di cellule granulose in accumili centrali che sembrano conservare la loro attività secretoria indipendente-

mente dalle cellule di origine tecale che formano il corpo atresico. Trovò anche un follicolo biovulato.

Il corpo luteo gravidico aveva i caratteri regressivi normali della fine della gravidanza.

Quindi l'ovaio di Lina Medina presentava i caratteri della piena maturità con sviluppo e disposizione turbolenta dei processi follicolari. L'impulso ormonico a questo sviluppo si deve probabilmente cercare nell'attività dell'ipofisi.

L.

CENNI BIBLIOGRAFICI

F. STEFANI. *Chirurgia delle cirrosi epatiche.* Vol. di pag. 152. Editore Cappelli, 1939, Bologna. L. 35.

In questo volume, scritto con molta chiarezza e semplicità, l'A., dopo brevi note anatomiche e fisiologiche, descrive tutti i tentativi fatti dalla chirurgia per combattere la cirrosi e di tutti valuta la gravità, la efficacia terapeutica ed il meccanismo di azione. Particolare posto è naturalmente riservato all'operazione di Talma e suoi derivati.

RAFFAELE PAOLUCCI.

VITTORIO PUTTI. *Cura operatoria delle fratture del collo del femore.* Vol. di 174 pag. con 227 illustrazioni. Cappelli Editore. Bologna, 1940, L. 60.

Tra gli argomenti all'ordine del giorno nella letteratura medica mondiale è certamente la cura cruenta delle fratture del collo femorale: molto entusiasmo, molte esagerazioni, vari miracolismi.

Il libro di Putti viene a buon punto a dire chiare parole basate su una larga esperienza. È di tale personale esperienza, e del metodo da lui prescelto dopo lunghe prove e tentativi, che egli ci dà dettagliata descrizione, confortata da dati statistici e corredata da studi anatomici e sperimentali. È difficile riassumere il volume, che si legge con grande interesse e profitto; punti essenziali sono i seguenti:

1) solo le fratture recenti sono suscettibili di una utile sintesi metallica;

2) deve darsi preferenza alla vite metallica anzichè al chiodo, e la vite deve proporsi non solo lo scopo della infissione ma altresì quello del coattamento forzato, dello schiacciamento di un frammento contro l'altro;

3) deve preferirsi il carico ritardato pur riconoscendo che talora possa avere successo il carico precoce;

4) deve attuarsi la immobilizzazione in apparecchio gessato anche se talora se ne è fatto a meno con successo.

Segue la descrizione del trattamento delle fratture invecchiate, ben diverso da quello delle fratture recenti, la storia e la indicazione della osteotomia, la descrizione dell'intervento; ed un particolare capitolo è dedicato alle fratture invecchiate nel periodo dell'accrescimento.

Il volume è riccamente, splendidamente illustrato con disegni, radiografie, fotografie di pezzi anatomici; è nitido nella veste e nel contenuto, si basa su una statistica di oltre 800 casi, ed è scritto con chiarezza cristallina. Esso onora il grande chirurgo ed il grande italiano che è Vittorio Putti.

RAFFAELE PAOLUCCI.

M. PIGNALOSA e M. FERNANDZ. *Tumori del rene.* Un. vol. di 190 pagg. Edit. Cappelli. Bologna. Prezzo L. 35.

Come giustamente afferma il Lasio nella sua prefazione al volume, i metodi di indagine a disposizione del moderno urologo hanno portato tale messe di nuove cognizioni in questa importante branca della chirurgia, da rendere più che bene accetti, necessari quei lavori che tendano a dare una visione completa e quanto è più possibile aggiornata e completa di determinati problemi. Tale è la monografia che presentiamo, frutto dell'osservazione di più di cento casi di tumori renali ricoverati nella Clinica Urologica di Milano, e di un'accurata revisione bibliografica. Particolarmente interessanti sono i capitoli sulla anatomia patologica dei tumori renali e sulla diagnosi.

È dunque questo un libro che riuscirà utile, oltre che agli specialisti, anche al medico pratico e al chirurgo generico, il quale avrà occasione di consolidare e richiamare alla memoria nozioni forse già note, ma che dal lavoro degli AA. ritraggono particolare evidenza.

Buona l'edizione e numerose le illustrazioni.

G. LA CAVA.

ENRICO TAGLIAFERRO. *L'ascesso polmonare.* Napoli. « Itea », 1938-39.

Importante contributo italiano allo studio, fecondo di pratiche applicazioni, di una non rara forma morbosa.

Il Tagliaferro ha avuto negli Ospedali di Trieste l'opportunità di studiare in modo completo, sia clinico che batteriologico e, molte volte, anatomo-patologico, ben 56 casi, e nel lavoro analizza anzitutto l'anatomia, l'etiologia (a proposito della quale propone la distinzione degli ascessi del polmone in due grandi categorie a seconda che originino da affezioni primitive del polmone, ovvero da diffusione al polmone di affezioni di altri organi), la sintomatologia generale, l'evoluzione, il decorso, le complicazioni. Una gran parte del libro è dedicata alla terapia, capitolo questo notoriamente complesso e discusso nelle sue varie modalità, capitolo dall'A. felicemente ed obiettivamente svolto, nel quale l'analisi critica, sia degli antichi che dei moderni metodi curativi medici e chirurgici, ci offre un quadro sereno delle possibilità che sono da attendersi nel singolo caso.

Bibliografia vasta ed illustrazioni multiple completano l'interessante ed utile lavoro.

MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medica della Libia.

Seduta del 14 gennaio 1940-XVIII

Presidente: Prof. Dott. A. CIOTOLA.

Meningite acuta benigna da virus erpetico.

Prof. M. TRIPODI. — Riferisce un caso di meningite acuta benigna a tipo linfocitario da virus erpetico. Per quanto l'indagine biologica eseguita allo scopo di mettere in evidenza il virus nel liquor fosse risultato negativa, l'O. ritiene, per la chiara evidenza delle successioni morbose, che l'agente etiologico della meningite sia da vedersi nel virus dell'erpete comune di cui l'a. fu affetta all'inizio della malattia. Riassume a questo riguardo le acquisizioni più recenti sulle malattie da virus e sulle meningiti cosiddette linfocitarie, ribadendo il concetto già espresso in altra sua pubblicazione sull'argomento, che il carattere linfocitario di queste meningiti, essendo tutt'altro che costante, è più che altro subordinato alla scarsa virulenza del virus e che la denominazione di meningite linfocitaria andrebbe pertanto sostituita da quella più generica di meningite settica acuta (Wallgren) o di meningite acuta benigna.

Riattivazione della leucocitosi nelle malattie infiammatorie croniche mediante stimoli piretogeni.

Prof. M. TRIPODI e Dott. A. RAVARA. — Premessa la difficoltà di potere alcune volte differenziare processi infiammatori cronici (più comunemente appendiciti croniche) da altre malattie da vicinanza non infiammatorie e in genere di poter decidere in presenza di stati subfebbrili di ignota origine, se questi stati subfebbrili siano o no di provenienza infiammatoria, gli OO. riferiscono sul risultato conseguito mediante iniezioni endovena di sostanze piretogene (vaccino gonococcico) iniettate allo scopo di rendere manifesta una leucocitosi latente. Da queste ricerche risulta in modo indubbio che le iniezioni di vaccino, nei casi di lesioni infiammatorie croniche (per ora le ricerche sono state limitate alla sola differenziazione degli stati appendicolari o pseudoappendicolare) danno luogo ad una leucocitosi rilevante, quale non si ha mai nell'individuo normale e nell'individuo affetto da malattie non infiammatorie (quali colopatie e coliti croniche).

Nelle malattie acute che si accompagnano a leucopenia (tifo, paratifo, melitense) si ha anzi un effetto paradosso, accentuandosi in queste la leucopenia. Questo mezzo di indagine è utile perciò alla differenziazione, spesso molto difficile, di alcuni stati subfebbrili e dolorosi che non possono essere riferiti ad una appendicite cronica, evitando così a molte pazienti, operazioni inutili o dannose.

Gli OO. si propongono di estendere le loro ricerche ad altri gruppi di malattie e di comunicarne in seguito i risultati in una trattazione di insieme.

Considerazioni sulla diagnosi precoce della tubercolosi polmonare. Forme di tubercolosi polmonare.

Dott. CLELIA LOLLINI. — Pur riconoscendo tutta l'importanza di addivenire a una diagnosi precoce della tubercolosi polmonare, l'O. espone la gravità di tale diagnosi dal punto di vista individuale e sociale, onde ritiene più opportuno, per tutti quei casi che si presentano al Dispensario sospetti di tubercolosi e per i quali non si può ammettere con certezza nè escludere trattarsi di una tubercolosi polmonare, tenerli in osservazione praticando ambulatoriamente le cure adatte.

Potrebbe essere opportuno in questi casi il ricovero in colonie presanatoriali o convalescenziari, ma non ritiene adatto il ricovero in Sanatorio per le gravi conseguenze di ordine sociale e morale che tale ricovero può apportare.

L'O. descrive due tipi di tubercolosi polmonare caratteristici e antitetici come manifestazioni subbiettive ed obbiettive: le forme sclero-neuro-dispeptiche (2° tipo della classificazione Campani) da un lato, e gli infiltrati precocilobiti, broncopolmoniti specifiche dall'altro.

Mentre nelle forme sclero-neuro-dispeptiche numerosi sono i sintomi subbiettivi e generali (dolore, dimagramento, astenia, ecc.) che assumono, ad andamento benigno, quasi sempre abacillari, e le lesioni polmonari si presentano con prognosi in genere buona quoad vitam, incerta quoad valitudinem soprattutto per lo stato di depressione nervosa, al contrario le forme a tipo infiltrato precoce lobite, broncopolmonite specifica non presentano che modesti fatti subbiettivi e generali, mentre grave è la lesione polmonare specie se a carattere evolutivo.

Difficile arrivare per loro decorso subdolo a una diagnosi tempestiva in queste ultime forme, mentre ciò sarebbe di grande importanza sia dal punto di vista individuale che sociale, anche perchè sono forme contagianti, più facile invece diagnosticare al loro primo insorgere le forme sclero-neuro-dispeptiche che presentano invece minore importanza anche perchè poco suscettibili di miglioramento con le cure, nè d'altra parte hanno tendenza all'evoluzione nè sono pericolose per la collettività tranne qualche caso sporadico.

Il Segretario: Dott. A NASTASI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Mancanza completa del potere coagulante nel sangue della placenta materna.

F. d'Erchia in una comunicazione alla Società Lancisiana di Ostetricia e Ginecologia (1° febbraio 1940), rileva che il sangue della parte materna della placenta si presenta completamente privo di qualsiasi potere coagulante, più di quello del sangue fetale, raccolto dal funicolo ed a placenta ancora inserta.

Questa proprietà posta in vista per primo dall'Autore merita l'attenzione degli studiosi e dei pratici, poichè il sangue placentare materno potrà servire per piccole trasfusioni o per trasfusioni sostitutive, quando se ne sarà stabilita la sterilità e la possibilità di mescolare varie raccolte, dopo averne eseguito la R. W., ed aver accertato il gruppo sanguigno, per ciascuna raccolta. Le piccolissime dosi di esso potranno valere anche come un anticoagulante organico da sostituirsi a quelli chimici.

A tale scopo la raccolta di detto sangue può essere compiuta facilmente da qualunque ostetrico, dal fondo del sacco ovulare rovesciato, come si presenta nel secondamento alla Schultze, prelevando la parte liquida, che proviene dalla rottura dei vasi placentari e che fa vivo contrasto con quello coagulato, emesso dai vasi uterini. Naturalmente, per poter utilizzare detto sangue liquido in clinica bisogna porre in pratica, nella raccolta, ogni accorgimento di asepsi ed antisepsi, così da eliminare ogni inquinamento, all'infuori, s'intende, di quello causato da possibili pregresse endometriti batteriche. L. V.

La pratica dell'autoemoterapia.

Secondo C. Hardwick (*Practitioner*, gennaio 1940) l'autoemoterapia è stata introdotta nel 1912 contro l'epilessia e viene oggi utilizzata in molte malattie e vari stati morbosi. In certe malattie dei neonati essa può salvare addirittura la vita, mentre ha poi un valore incalcolabile in alcune malattie infettive e negli stati allergici dell'adulto. Il metodo ha inoltre i vantaggi della semplicità e del poco costo.

Per il *neonato*, il sangue viene prelevato dai genitori; trattasi quindi piuttosto di emo- anzichè di auto-emoterapia. Le malattie per le quali serve sono: 1) la diatesi emorragica, che si manifesta con emorragie ombelicali, gastriche, intestinali o di altra origine, talora contemporaneamente da vari punti; 2) l'ittero grave dei neonati, in cui vi è spesso un'anamnesi di nati-mortalità o di altri neonati itterici; il bambino può avere retrazione del capo o convulsioni. Fegato e milza ingrossati; nel sangue, cellule immature.

Il sangue si preleva generalmente dalla madre, ma anche da un adulto *sicuro;* si usa una siringa da 10 cmc. naturalmente sterile ed, eventualmente passata con acqua o soluzione fisiologica sterile. Se ne iniettano *subito* 5 cmc. per ogni natica, scegliendo i quadranti esterni e superiori. Consuete precauzioni di asepsi. Nessun bisogno di determinare il gruppo sanguigno. Bastano 2-3 iniezioni.

Bambini grandicelli, per asma allergico, orticaria, lichen orticarioide. Si fanno 5 iniezioni da 10 cmc. ad intervalli settimanali. Accertarsi prima che il ragazzo abbia delle *buone* vene.

Adulti. Il metodo è utile in certe malattie cutanee, con cute sensibile ad antigeni generalmente innocui: dermatite erpetiforme, certe forme di eczema, orticaria, prurito generalizzato, psoriasi acuta, prurigo, eritemi tossici, furuncolosi; una sola iniezione basta per calmare il dolore nell'herpes zoster.

Iniezioni da 10 cmc., ogni 5-7 giorni, in serie di 7-10, fino a 12. Si usa un ago del N. 12, non più sottile perchè altrimenti il sangue non viene aspirato od iniettato se non con difficoltà e troppo lentamente. Siringa risciacquata con acqua o soluzione salina sterile.

L'autoemoterapia è poco usata in Inghilterra e l'A. non cita altre applicazioni. *fil.*

L'angioterapia arteriosa.

Wilmoth P. (*La Presse Médicale*, fasc. 65, 1939) ci fa sapere che fu Maltagliati, italiano, che per primo tentò nel 1665 l'iniezione endoarteriosa di un liquido medicamentoso. Da allora questo genere di immissione nell'organismo di sostanze curative è divenuto abbastanza frequente e ormai si possono trarre delle conclusioni sulla sua utilità. È stata usata nelle linfangiti degli arti, nelle gangrene degli arti per arteriti, nelle artriti blenorragiche, usando del mercurio-cromo; nell'aorta addominale colla medesima sostanza è stato possibile con una iniezione di evitare l'intervento in un ascesso subfrenico in una pielonefrite calcolosa, nelle pelviperitoniti, in peritoniti appendicolari, dopo appendicectomia. In casi di infezioni sono state praticate numerose iniezioni endoarteriose antisettiche con ottimi risultati. In casi di patereci ossei Lucarelli ha avuto pure risultati soddisfacenti e così per paterecci con artrite suppurata, paterecci delle guaine, flemmoni diffusi dell'avambraccio, del piede e della gamba, 4 gangrene dell'arto inferiore, ecc. Su 35 iniezioni fatte con violetto di genziana in soluzione in questi casi Lucarelli ha avuto solo 3 insuccessi. Le indicazioni dell'iniezioni endoarteriose si sono ristrette a quelle ad azione

antisettica ed è usato il mercurocromo o il violetto di genziana. Lucarelli sotto il nome di Salvakra inietta una soluzione di violetto di genziana, fenolo solfato neutro di atropina in H2°. La tecnica è semplice e non abbisogna di speciale strumentario; nella femorale ed omerale l'iniezione si fa per via transcutanea, ma in casi particolari sarà necessario scoprire l'arteria come quando si vuole iniettare nella ascellare, nell'iliaca esterna, nella carotide; la puntura endoaortica necessita di una pratica particolare.

Non si sono mai registrati inconvenienti di qualche importanza e anche gli insuccessi sono rari. BENDANDI.

I possibili danni della terapia sulfamidica e mezzi per evitarli.

Il grande favore incontrato nella pratica terapeutica delle malattie infettive dai prodotti sulfamidici, dice G. Sanarelli (*Attualità Medica*, 1940, n. 1-2), è una dimostrazione diretta della magnifcia conquista che questi prodotti rappresentano nel campo della terapia.

Non bisogna tuttavia dimenticare che essi non risultano scevri da inconvenienti e talvolta da veri e propri pericoli. È appunto per questo che tutti coloro che si sono interessati dell'argomento sono d'accordo nell'affermare che la terapia con sulfamidici dev'essere strettamente sorvegliata dal medico, onde poterla sospendere non appena si manifestassero i primi sintomi di intolleranza. Onde la necessità per il medico pratico di sapere quali sono questi sintomi, per riconoscerli e, in quanto possibile, prevenirli e curarli.

Fra i sintomi più notevoli dell'intossicazione da sulfamidici sono da ricordare la cefalea, l'astenia, la nausea; altri disturbi sono quelli a carico dell'apparato respiratorio, del sistema nervoso centrale e periferico, l'ematuria, le epatiti parenchimatose, la formazione di calcoli renali (per i derivati piridinici).

Importanti, perchè talvolta mortali, sono le alterazioni a carico del sangue e dell'apparato ematopoietico. Sono stati descritti casi di anemia emolitica, ematurie, meta- e solfo-emoglobinemia; una complicazione particolarmente grave è rappresentata dalla granulocitopenia, che può giungere fino alla agranulocitosi: questa non solo predispone alle infezioni, ma priva l'organismo del suo principale mezzo di difesa contro di esse.

La maggior parte dei casi di granulocitopenia decorrono subdolamente, senza evidenti segni clinici; ma in alcuni casi il decorso è acutissimo e maligno, con esito rapido. In questi casi occorre agire immediatamente, stimolando il midollo osseo alla produzione dei leucociti. I mezzi che sono stati proposti a tale scopo sono vari, ma di questi i più importanti sono la trasfusione di sangue, la radium e roentgenterapia (che però possono essere pericolose) e, principalmente, l'acido nucleinico ed i suoi derivati.

I preparati nucleinici agiscono sul midollo con meccanismo puramente fisiologico, stimolando l'iperproduzione di leucociti, come è ormai accertato da osservazioni cliniche e sperimentali e dalla applicazione che se ne è fatta nella proteinoterapia aspecifica. Questo è sicuramente, secondo il Sanarelli, fra tutti i metodi proposti il più efficace, specialmente se eventualmente associato ad altri farmaci (adrenalina e simili) i quali combattono l'astenia, segno anche questo di una intolleranza ai sulfamidici. Di tale sinergia terapeutica spetta ora ai farmacologi e ai clinici di studiare le applicazioni pratiche, per valorizzare maggiormente la cura con sulfamidici, che costituisce una delle più brillanti conquiste della medicina moderna. M. P.

Cura della meningite epidemica con albucid.

L'albucid venne dato alla dose di 3 gr. al giorno (per 7 giorni) a 23 ammalati di meningite meningococcica: oltre a questa somministrazione orale si praticarono 2 iniezioni endovenose al giorno di 5 cmc. di soluzione di albucid al 30 %. Con questa terapia, associata alla iniezione endomuscolare di 40-60 cmc. di siero specifico, R. Frölich (*Münch. Med. Wochenschr.*, 27 ottobre 1933) vide ridursi la mortalità dal 52 % al 30 %. Se si tolgono i casi di lattanti che risentono poco vantaggio dall'albucid, si vede che nei casi trattati col siero morirono 6 su 17, mentre in quelli trattati anche con albucid morì un solo paziente su 17. Lo sfebbramento avviene in media dopo 5 giorni: eventuali ricadute cedono a nuova somministrazione del rimedio. In 17 casi si dimostrò il meningococco nel liquor, in 6 casi non si riuscì a coltivare alcun germe, il quadro clinico e il decorso erano però quelli della meningite epidemica. Anche in 3 casi di meningite purulenta di diversa etiologia (pneumococchi, stafilococchi) si ottennero buoni risultati con l'albucid. P.

Un caso di meningite da bacilli del tipo Pfeiffer-Cohen trattato con la sieroterapia anti-grippale e con l'argento colloidale.

Y. Danvoye (*Scalpel*, 17 febbraio 1940) riferisce un caso di meningite da bacilli del tipo Pfeiffer-Cohen manifestatosi in un bambino di 2 anni e mezzo. Il piccolo paziente fu trattato con iniezioni endorachidee di 10 cc. di siero antigrippale polivalente Behring e con iniezioni di 15 cmc. dello stesso siero per via intramuscolare per tre giorni. Venivano giorno per giorno controllate le condizioni del liquor e la leucocitosi: una emocultura fu positiva per il b. di Pfeiffer-Cohen. Con tale trattamento si ottenne una lieve diminuzione dei globuli bianchi del liquido cerebro-spinale,

ma i microbi continuarono a pullulare in modo intenso, sicchè le culture risultarono positive ogni giorno. Visto il risultato negativo della sieroterapia, fu instaurato il trattamento con elettrargolo per via endorachidea. Con tale metodo dapprima si ebbe un rapido e notevole aumento dei globuli bianchi del liquor e del sangue, ma successivamente i leucociti andarono sempre più diminuendo finchè il bambino venne a morte.

È da rilevare, in rapporto all'inefficacia della sieroterapia, che questa non fu specifica poichè il siero usato era polivalente ed attivo contro il b. di Pfeiffer, lo streptococco e il pneumococco, ma non contro l'agente della meningite setticemica. E probabilmente è stato quest'ultimo l'agente patogeno nel caso in esame, data la positività dell'emocultura e la morte per setticemia di una cavia inoculata con il liquor del malato. F. TOSTI.

Rianimazione pericolosa.

Per quanto il metodo di Sylvester introduca nei polmoni qualche centinaio di cmc. di aria in più che non il metodo di Howard, pure O. Kolb (*Münch. Klin. Wochenschr.*, 5 gennaio 1940) preferisce quest'ultimo metodo di respirazione artificiale. Solo è importante che vengano compresse le arcate costali, e che anche durante la espirazione le mani dell'operatore rimangono sempre a contatto con la parete toracica del paziente. La respirazione artificiale è pericolosa e quindi da evitarsi in tutti gli individui che hanno inalato gas di guerra. P.

MEDICINA SCIENTIFICA

I gruppi sierologici e tipi di streptococchi isolati da tonsille escisse.

E. V. Kergh, I. Macdonald, I. Battle, R. T. Simmons e S. Williams (*The British Medic. Journ*, 25 novembre 1939) hanno studiato i tipi di streptococchi isolati da tonsille escisse a Sidney (Australia) e precisamente all'Ospedale pediatrico. La tecnica usata fu la seguente: subito dopo escisse, le tonsille sono state poste in un recipiente sterile e messe in ghiacciaia fino al giorno seguente. Poi le tonsille sono state messe in una provetta di brodo sterile, di cui una goccia era seminata su neopeptone-agar sangue. Subculture di vari streptococchi beta-emolitici presenti negli strisci si facevano poi su brodo con digestione triptica. Le provette stavano in termostato a 30° per la notte e sul deposito si faceva la classificazione col metodo di Griffith.

Essi isolarono streptococchi emolitici da 259 su 378 tonsille esaminate e precisamente isolarono nel 50 % streptococchi del gruppo A e nel 21,7 % streptococchi dei gruppi B, C, G. Ricerche comparative fatte su 466 gole sane di adulti e bambini diedero solo 4,5 % di streptococchi del gruppo A e 13,1 % dei gruppi B, C, G.

Questi dati concordano con quelli di ricercatori precedenti.

Analizzando meglio i risultati delle proprie osservazioni, nel 63 % dei casi gli streptococchi emolitici erano predominanti mentre nel 36 % erano i soli germi coltivati.

Poichè gli streptococchi emolitici del gruppo A sono quelli appartenenti al gruppo certamente patogeno, gli AA. ritengono che in una percentuale che oscilla dal 33 % al 50 % le indicazioni cliniche della tonsillotomia sono state suffragate anche dall'indagine batteriologica. Questo è un argomento a favore della tonsillectomia.

Lo studio dell'argomento merita ulteriori indagini. L.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. M.M. da C.:

Utili nozioni per il « Corso per Fasciste ospedaliere » potranno trovarsi nel volume di G. Quarta: « Come si assiste un malato? Come si soccorre un ferito? ». L. Pozzi, ed. Roma, (L. 26), nonchè nei due seguenti libri. « Corso teorico-pratico per vigilatrici Sanitarie Fasciste ». (Delegazione prov. dei Fasci femminili, Catania). Tip. la Vittoria, Catania. « Corso per Vigilatrici Sanitarie ». A cura del Serv. assistenziale sanitario, Comando Generale della G.I.L., P.N.F. *fil.*

VARIA

Il bagno finnico in uno spazio con emanazione di radio.

Nel bagno finnico l'individuo giace in un ambiente in cui si sviluppa del vapore acqueo ottenuto versando acqua su blocchi di pietra fortemente riscaldati. Il senso di benessere e di forza che si ottiene da questo bagno, non dipende secondo O. Muck (*Münch. Klin. Wochenschr.*, 5 gennaio 1940) soltanto dalla permanenza in un ambiente carico di vapore caldo, ma soprattutto dalla emanazione di radio che si sprigiona dalle pietre riscaldate. Le pietre sono per lo più granitiche, cioè pietre eruttive dotate di proprietà radioattive, perchè contenenti torio e uranio. Per mezzo di una particolare reazione vasomotoria (prova adrenalina-sonda) l'A. riesce a dimostrare se un individuo inala della emanazione di radio. Questa prova ha dimostrato che gli individui che si trovano in condizioni analoghe a quelle del « bagno finnico » inalano abbondante emanazione di radio: questa, sviluppatasi dalle pietre riscaldate, si scioglie nel vapore acqueo e con esso arriva ai polmoni. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

La produzione nazionale di insulina.

Il Direttore generale della Sanità Pubblica ha diramato la seguente circolare, in data 19 genn. 1940, alle ditte sottoindicate:

Istituto Sieroterapico Milanese, via Darwin 20, Milano;

Carlo Erba Soc. An., via C. Imbonati 2, Milano;

Lab. Biologico Dr. Zanoni, via Comilico, Milano;

Soc. An. L.I.P.O.B., viale Corsica 50, Roma;

Is. Naz. Med. Farm. Serono, via Casilina 125, Roma;

Lab. Chimico Husci S. A., via Trieste 36, Padova;

Ditta Pietro Negroni (NICPEA), via Aglio 4, Cremona. (Con riferimento alla sua domanda del 4 dic. 1939, intesa ad ottenere l'autorizzazione per l'attivazione di un reparto per la produzione di insulina).

Il problema della produzione nazionale di insulina assume importanza di sempre maggiore rilievo.

Da qualche tempo amministrazioni ospedaliere e clinici segnalano ripetutamente a questa Direzione la deficienza del prodotto sul mercato nazionale, mettendo in evidenza il crescente disagio incontrato per la somministrazione di tale medicamento, indispensabile per la salute di tanti infermi.

Come è noto, per avviare l'industria nazionale ad una maggiore produzione di tale medicamento questa Direzione ha da tempo promosse varie riunioni (l'ultima è del 21 dicembre pp.) con l'intervento dei rappresentanti delle Ditte produttrici e delle competenti organizzazioni sindacali onde concretare i provvedimenti per la disciplina della raccolta della materia prima. Sono stati anche interessati i Ministeri delle Finanze, delle Comunicazioni, degli Scambi e Valute per la concessione delle possibili agevolazioni alle Ditte stesse. Sono stati altresì impartite disposizioni alle prefetture per agevolare il pronto prelavamento del pancreas dagli animali appena mattati e recentemente si sono autorizzati gli Istituti produttori nazionali a praticare un aumento sino al massimo del 20 % sul prezzo attualmente in vigore per la vendita al pubblico dell'insulina.

Con nota n. 20300.29AG.61 del 21 novembre 1939, gli istituti nazionali sono stati ancora una volta direttamente invitati a svolgere ogni sforzo per risolvere con successo questo impellente problema autarchico e di difesa sanitaria del Paese.

A seguito della richiesta di cui alla nota predetta sono stati comunicati i dati relativi alla produzione di insulina nel 1939 ed alle previsioni per il 1940. Tali dati risultano dal prospetto di cui appresso.

PRODUZIONE 1939

Ditte	*Pancreas it. lavorato*	*Insulina ottenuta*	*Pancreas importato*
	Q.li	*U.I.*	*Q.li*
Serono	480	2.500.000	—
Sieroterap.	120	32.200.000	160
Erba	40	300.000	—
Lipob	120	7.350.000	—
Zanoni	67	6.500.000	18
Husci	—	—	—
	1187	43.850.000	178

PREVISIONI PER IL 1940

Ditte	*Pancreas occorrente*	*Capacità di produzione*
	Q.li	*in U. I.*
Serono	250-750	12-40 milioni
Sieroterapico	350	30 »
Erba	20	2 »
Lipob	700	50 »
Zanoni	400	40 »
Husci	120	72 »
Negroni	1000-1400	— »
	Q.li 3020-3920	

Dai dati soprariferiti si rileva che il quantitativo di insulina ottenuta da pancreas lavorato nel Regno è eguale a quello del 1938, e che perciò nessun incremento nella produzione è stato conseguito nell'anno testè decorso, ed inoltre che il preventivo della produzione per il corrente anno è ancora molto lontano da quello occorrente pei coprire il fabbisogno nazionale di insulina che, com'è stato già comunicato, si aggira sui 500 milioni di U. I. all'anno.

Pertanto, mentre rilevo il lodevole sforzo che gli istituti si sono impegnati di compiere in questo settore, ritengo di dover ancora insistere perchè essi spingano al limite massimo le loro possibilità al fine di conseguire definitivamente e al più presto la soluzione del problema dell'insulina nel senso autarchico. Per raggiungere, sia pure gradualmente, tale meta, si rende assolutamente necessario che gli istituti si pongano sollecitamente in grado di raddoppiare per lo meno la produzione.

Frattanto prego di far conoscere con ogni sollecitudine le seguenti notizie:

1) In quanto tempo sia possibile portare al detto limite la vostra produzione di insulina;

2) da quali zone ritenete opportuno raccogliere il pancreas occorrente per il Vostro istituto, tenendo presente di attingerne da fonti che offrano disponibilità, evitando di ledere eventuali interessi precostituiti di altre ditte.

Allo scopo, poi, di assicurare al Paese una sufficiente disponibilità di insulina durante il tempo necessario agli Istituti nazionali per adeguare gli impianti alla maggiore produzione, ed in considerazione che contingenze eccezionali potrebbero rendere difficile, se non impossibile, l'importazione del prodotto finito e dei pancreas congelati, il Ministero è venuto nella determinazione di autorizzare gli Istituti nazionali produttori di

insulina a costituire una scorta del prodotto per il quantitativo complessivo di 900 milioni di U. I., pari al fabbisogno di almeno due anni, importando il prodotto in polvere dai paesi con i quali l'Italia è unita da « clearing ».

Ogni Istituto potrebbe importare un quantitativo di insulina in polvere proporzionato al quantitativo che esso si impegna a produrre; la messa in commercio della insulina così accantonata verrà di volta in volta autorizzata da questo Ministero, che determinerà i quantitativi da sottoporsi alle operazioni terminali ed il titolo di U. I. delle singole preparazioni.

In proposito, avverto che il Ministero delle Finanze, interessato della questione, ha comunicato che non è alieno dal concedere agevolazioni per il rifornimento suddetto, assicurando alle Ditte gli eventuali finanziamenti occorrenti alla provvista del fabbisogno da importare, con le debite garanzie che le Ditte stesse dovrebbero dare agli enti finanziatori anche sulla merce.

Con l'occasione vi faccio presente che, da autorevoli segnalazioni pervenutemi, è molto avvertita la difficoltà di praticare l'insulino-shock-terapia, data la scarsezza sul mercato di insuline ad alta concentrazione.

Esperienze compiute anche recentemente con prodotti nazionali in ordine alla produzione dello shock insulinico completo, non sono state favorevoli perchè detti prodotti si dimostrarono di effetto incostante e di efficacia minore di altre insuline straniere impiegate per lo stesso uso terapeutico.

Gradirò, quindi, conoscere se e quali possibili perfezionamenti intendete apportare ai vostri impianti per mettere la vostra produzione in grado di corrispondere alle richieste del mercato, per tale tipo speciale di insulina.

Il Direttore Gen. della San. Pubblica:
PETRAGNANI

Vaccinazione antidifterica obbligatoria.

Come già ne demmo notizia, nel maggio scorso il Senato e la Camera approvarono un disegno di legge sulla obbligatorietà della vaccinazione contro la difterite per tutti i bambini dal secondo al decimo anno di età. Ora il regolamento illustra ampiamente la portata del provvedimento. Nei Comuni verranno istituiti speciali servizi di vaccinazione gratuita. Le Prefetture devono provvedere, secondo le proposte del medico provinciale, alla fornitura, conservazione e spedizione del vaccino e alla istituzione dei servizi di vaccinazione gratuita nei Comuni.

È in facoltà dei familiari dei bambini da vaccinare di rivolgersi fin d'ora a medici di loro fiducia per fare eseguire direttamente la vaccinazione. I medici dovranno poi far avere all'Ufficio d'igiene la dichiarazione dell'eseguita vaccinazione, con le generalità complete dei vaccinati e la data in cui è stata eseguita. L'Ufficio d'igiene trascriverà queste indicazioni in un apposito schedario e rilascerà il certificato definitivo necessario per la iscrizione alla frequenza delle collettività infantili.

Le norme tecniche e sanitarie dispongono che se il bambino non ha subito ancora la vaccinazione antivaiolosa, questa viene fatta contemporaneamente alla prima iniezione antidifterica. Dopo 21 giorni, si procede al controllo della vaccinazione antivaiolosa e alla seconda iniezione antidifterica. Potranno essere esclusi coloro che presenteranno certificato medico comprovante di avere già sofferto di difterite, e che tale malattia fu denunciata all'Ufficio d'igiene, o presenteranno certificato medico comprovante essere il bambino in particolari condizioni di decadimento organico, nel corso di una malatia riconosciuta, o convalescente di recente malattia, o affetto da forma asmatica, da lesioni renali o da forme cutanee. Allora la vaccinazione sarà fatta non appena decadano le particolari condizioni che hanno consigliato il medico a non attuarla.

La protezione negli impianti radiologici.

Il Ministero dell'Interno, d'intesa con la Società Italiana di Radiologia Medica, ha prorogato a tutto il 31 dicembre 1942 il termine ultimo, fissato precedentemente alla data del 31 dicembre 1940, per la applicazione della protezione integrale in tutti gli impianti radiologici di istituti statali, parastatali e privati.

Cronaca del movimento corporativo.

Disciplina dell'assistenza sanitaria e fermaceutica

Al Duce è pervenuto il seguente telegramma:

« I Sindacati Nazionali Medici e Farmacisti hanno in questi giorni disciplinato contrattualmente l'assistenza sanitaria e farmaceutica a favore di oltre sette milioni di lavoratori e impiegati dell'industria e dei loro familiari. Mentre volentieri dò atto della precisa volontà delle Mutue dell'industria di aver voluto contribuire a rendere sempre più adeguate le retribuzioni professionali delle nostre categorie sanitarie, assicuro Voi, Duce, che i sanitari fascisti, devoti ai Vostri ordini, impiegheranno ogni loro attività per realizzare in questo duro tempo di autarchia e di guerra una sempre più efficiente sanità della razza per un più alto e sicuro benessere dei lavoratori fascisti. — Il Presidente della Confederazione Fascista Professionisti e Artisti: Cornelio Di Marzio ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche.

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Alessandria, per 9 posti (2 nel capol.); scad. 1 aprile, ore 18,

Aosta, per 6 posti; scad. 30 apr.;

Aosta, per 4 posti; scad. 15 maggio;

Bologna, per 14 posti (2 nel capol.); scad. 30 apr.;

Cagliari, per 19 posti (1 nel capol.); scad. 30 maggio, ore 12;

Caltanissetta, per 1 posto; scad. 15 apr., ore 16;

Catanzaro, per 11 posti (2 nel capol.); scad. 30 apr., ore 16;

Como, per 16 posti; la scad. non è fissata;

Cuneo, per 16 posti; scad. 31 luglio;

Milano, per 22 posti (1 nel capol.); scad. 30 maggio;

Modena, per 7 posti (1 nel capol.); scad. 30 apr.;

Novara, per 13 posti; scad. 31 maggio, ore 16;
Parma, per 3 posti (1 nel capol.); scad. 30 apr., ore 16;
Pistoia, per 6 posti; scad. 30 apr., ore 18;
Rieti, per 17 posti; scad. 30 apr.;
Rieti, il numero dei posti è aumentato di 1; proroga al 31 maggio;
Salerno, per 18 posti; scad. 30 apr.;
Savona, per 6 posti; scad. 30 apr.;
Teramo, per 4 posti; scad. 15 aprile;
Terni, per 5 posti (2 nel capol); scad. 31 maggio;
Varese, per 9 posti (1 nel capol.); scad. 30 giugno.

Uffici d'igiene e sanità; Ufficiali sanitari:

Bari, per uff. san. a Molfetta; scad. 30 apr., ore 18.
Matera, per uff. san. del capoluogo; scad. 31 maggio.

Laboratori provinciali d'Igiene Profilassi (Sezione med.-micrograf.):

Varese, per coadiutore; scad. 30 agosto, ore 18.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

ANCONA. *Ospedale Umberto I.* — Concorso posti di Medico-Assistente. Per l'espletamento del concorso bandito il 10 dicembre 1939, successivamente prorogato al 31 marzo sarà provveduto con altro bando di prossima pubblicazione.

ROMA. *Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* — Sei medici; titoli ed esami; scad. ore 12 del 27 aprile. Stip. L. 18.204 nette; se destinati alla periferia, indennità di L. 2400, 4800, 7200; dopo un anno passaggio in ruolo e, se ritenuti meritevoli, promozione a medico principale con stip. di lire 21.000. Chiedere bando di concorso alla Direz. Gen., Serv. Personale, via Sallustiana 51, Roma.

TORINO. *Regio Ospizio di Carità.* — Medico primario; stip. 15.620; scad. 30 apr. Informazioni presso segreteria, corso Stupinigi 220.

Concorsi a premi

Premio « Dalla Vedova » in discipline ortopediche

È istituito un premio quinquennale « Riccardo Dalla Vedova » di L. 25.000 per l'incremento delle discipline ortopediche.

Esso verrà assegnato indivisibilmente a quel laureato in medicina presso una Università del Regn oche abbi apportato, con i suoi lavori, un apprezzabile contributo alla ortopedia e traumatologia dell'apparato.

Concorso M. Piccinini per un lavoro sulle rivendicazioni italiane nel campo delle scienze mediche.

L'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria con sede a Roma (Lungotevele Sassia, 3) ha pubblicato, a firma del Presidente prof. Capparoni e del Segretario Prof. Pazzini, il bando di Concorso della Fondazione « Piccinini », istituita dal prof. P. Piccinini nell'intento di incoraggiare le « rivendicazioni » italiane nel campo delle Scienze sanitarie a tutto il secolo XIX.

Il premio per l'anno in corso è costituito da L. 3.000, pari agli interessi di tre annate del capitale di L. 20.000 (rend. 5 %) che costituisce la Fondazione. Tale somma è divisibile in tre premi da L. 1000.

I lavori dovranno essere inviati entro il 28 ottobre del corrente anno alla Segreteria dell'Accademia, in triplice copia dattiloscritta contrassegnata da un motto a cui in busta chiusa, corrisponderà accluso il nome del concorrente ed inoltre, in carta legale, i certificati: di appartenenza alla razza ariana, di cittadinanza italiana, e di iscrizione al P.N.F.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Per la prima volta in Argentina una donna sale su di una cattedra universitaria di medicina: è la dott.ssa Maria Teresa Ferrari de Gaudino, nominata titolare dell'insegnamento di clinica ostetrico-ginecologica. Già era professore aggiunto. Si è laureata nel 1917.

Il dott. Amorin Areski è nominato presidente della Società brasiliana sulla tubercolosi.

Il dott. L. C. Williams è nominato presidente dell'Associazione americana di medicina tropicale.

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE

Al conte dott. Corrado Ferretti di Castelferretto, chirurgo primario dell'ospedale di Novara, è stata comunicata la concessione, con una magnifica motivazione, di una medaglia di bronzo al valor militare per l'eroica condotta tenuta durante la guerra di Spagna, nella quale il dottor Ferretti fu pilota legionario.

NOTIZIE DIVERSE

3° Congresso italiano della stampa tecnica.

Dal 6 al 9 maggio avrà luogo a Milano, indetto dall'Associazione Italiana Stampa Tecnica, il 3° Congresso nazionale, con annessa esposizione dei periodici scientifici, tecnici e professionali italiani. Il Convegno si effettuerà presso la VII Triennale, al Palazzo dell'Arte, ove avrà pure luogo la mostra menzionata.

Saranno discussi i seguenti temi:

1) Lo sviluppo e l'importanza raggiunti dalla stampa tecnica per le direttive del Fascismo;

2) I doveri della stampa tecnica italiana in rapporto all'autarchia;

3) La classificazione dei periodici tecnici in base alle Corporazioni;

4) Relazioni tra la stampa tecnica e la stampa politica e modi per renderne sempre più intima l'unione;

5) Mezzi per far progredire sempre più la stampa tecnica italiana.

Questa nuova adunata dovrà risultare una imponente manifestazione dell'importanza raggiunta in Italia dalla stampa tecnica, cui oggi, tra altri compiti, è riservata l'alta missione di svolgere un'opera di propaganda attiva ed efficace a favore dell'autarchia nazionale, presso le fonti della vita economica del Paese: l'industria, l'agricoltura, il commercio. Ed è appunto all'autarchia che debbono in primo luogo essere dirette le discussioni del convegno su relazioni che si confida di ricevere numerose ed interessanti.

Il Congresso si svolgerà sotto gli auspici del Governo fascista e con l'appoggio dei principali Enti culturali, tecnici ed economici italiani.

La presentazione delle relazioni potrà essere effettuata entro il 10 aprile p. v.

La quota di adesione al Congresso è di L. 50.

Per l'iscrizione rivolgersi alla Segreteria (Milano, via Mercanti 2).

Congresso internazionale dei medici artisti.

A seguito dell'invito che l'Istituto Nazionale per le Relazioni Culturali con l'Estero (I.R.C.E.) ha rivolto al prof. P. Piccinini di preparare la organizzazione del Congresso Internazionale dei Medici Scrittori e Artisti in occasione dell'E. 42, il prof. Piccinini stesso ha indetto una riunione dei principali esponenti dell'A.M.I.A.S. (Associazione Medici Italiani Artisti e Scrittori) la quale riunione, con intervento del presidente dell'A.M.I.A.S., prof. C. Ramorino, ha avuto luogo nella sede del « Convivio Letterario » (Milano) che ha, come è noto, una Sezione medica.

Dopo una prima parte dedicata alla vita interna dell'A.M.I.A.S., il prof Piccinini ha riferito sulle numerose autorevoli adesioni pervenute da ogni parte d'Italia, da parte di medici scrittori e artisti, alla idea di un Congresso internazionale del 1942 che sarebbe il primo nel mondo; ed ha preso accordi per riferire all'I.R.C.E. quanto è indispensabile a delineare le prime fasi di una razionale organizzazione.

Sono stati infine proposti i due temi di relazione, come pure i nomi dei componenti il Comitato organizzatore del Congresso, tutto composto di Italiani, da notificare all'I.R.C.E., a cui spetterà di dare le ulteriori direttive.

Federazione italiana medici degli sportivi.

Il prof. Giovanni Pini dell'Istituto di Medicina dello Sport del Littoriale di Bologna, su proposta del Presidente della F.I.M.S. è stato nominato Vice Presidente della Federazione Italiana Medici degli Sportivi.

La Federazione Italiana Medici degli Sportivi per onorare la memoria del prof. Giuseppe Poggi Langostrevi ha stabilito di istituire un premio annuo di L. 2000 (duemila) intitolato « Premio Giuseppe Poggi Langostrevi » da assegnarsi al miglior lavoro su argomenti scientifico-tecnici riflettenti la Medicina dello sport e dell'educazione fisica. Per quest'anno il tema è libero.

I lavori dovranno essere inviati in plico raccomandato in tre copie dattilografate, alla Segreteria della F.I.M.S. non oltre le ore 12 del 21 marzo 1941-XIX.

I lavori presentati dovranno essere assolutamente inediti.

Il Concorso è riservato ai Medici regolarmente iscritti alla F.I.M.S.

Per i primi del novembre p. v. è indetto in Milano il IV Congresso di Medicina dello Sport e dell'Educazione Fisica.

I temi di relazione saranno:

1) « I traumi dell'arto inferiore del calciatore escluso il ginocchio », relatore prof. Ottorino Uffreduzzi.

2) « Il cuore dell'atleta », relatore: prof. Giovanni Pini dell'Istituto di Medicina dello Sport del « Littoriale » di Bologna.

Sono accettate comunicazioni specie in rapporto ai temi di relazione.

Nessuna tassa di iscrizione; 50 % di ribasso sulle FF. SS.

Congressi e convegni varî.

Il gruppo Oto-Rino-Laringoiatrico Emiliano-Romagnolo ha organizzato tre riunioni per la discussione dei seguenti temi: 1. Casistica e Clinica bronco-esofagoscopica; 2. La chirurgia del labirinto; 3. La chirurgia del dolore in O.R.L.

Il primo raduno si è tenuto nella sede della Clinica di Bologna il 31 marzo; il secondo si terrà il 9 giugno; l'altro verrà fissato in seguito.

Rivolgersi alla direzione della Clinica, Policlinico S. Orsola, Bologna.

Il 1° Congresso brasiliano di otorinolaringologia si adunerà in Argentina, a Buenos Aires, dal 21 al 25 aprile. Segreteria generale: rua Montevideo n. 696, Buenos Aires, Argentina.

Il 9 e il 10 marzo si è adunata a Bruxelles la Federazione dei Gruppi della stampa periodica belga.

Corsi di perfezionamento.

Dal 1° al 15 giugno sarà tenuto a Bologna, presso quella Clinica, dal direttore prof. Caliceti, un corso di Cultura O.-R.-L. autorizzato dal Ministero dell'Educazione Nazionale.

In tale periodo avrà luogo anche il consueto corso di bronco-esofagoscopia. Il corso comprende lezioni teoriche e dimostrazioni pratiche con esercitazioni sul cadavere e sul cane, e sedute bronco-esofagoscopiche su malati.

Il Direttore e alcuni Docenti terranno ancora delle conferenze teorico-pratiche su particolari argomenti O.-R.-L. che verranno scelti in base al materiale disponibile.

Le domande per l'iscrizione al Corso dovranno essere inviate prima del 25 maggio p. v. alla Segreteria dei corsi di perfezionamento della R. Università accompagnate dalla tassa di L. 200.

Nuovi periodici.

Col titolo galileiano di « Il Saggiatore » l'editore Giulio Einaudi di Torino (via Mario Gioda 1) pubblica una rivista mensile di attualità scientifica, di cui è uscito ora il primo numero. Tra altre pregevoli memorie, segnaliamo quella di F. P. Mazza sulle applicazioni biologiche del ciclotrone, di Coppo sulla storia e i pregi della vitamina K, di Talenti sulla respirazione in alta quota ecc. Guidata da un manipolo di scienziati, fra i quali primeggia il nome del grande clinico Cesare Frugoni, la rivista si propone di contemperare scienza e tecnica, rivolgendosi anche a coloro che non sono specializzati in un particolare ramo di studi. Per tener meglio al corrente delle novità il suo pubblico, il « Saggiatore » contiene anche un abbondante notiziario. È caratteristica della nuova rivista la preoccupazione di esaminare un medesimo fenomeno sotto vari aspetti (fisico, biologico, ecc.), realizzando una collaborazione fra discipline complementari che servirà grandemente ad ampliare i confini della cultura scientifica italiana.

Consorzio antitubercolare della prov. di Roma.

Sotto la presidenza dell'avv. Gualtiero Fraschetti, si è riunito il Comitato Amministrativo del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Roma.

Il Comitato ha discusso ed approvato il consuntivo 1938 ed il bilancio di previsione per l'anno 1940 prendendo atto dei cospicui stanziamenti erogati per la cura dei malati e per la profilassi dei

sani. Mentre nel 1931 il numero degli assistiti in Roma e Provincia, fu di 521 con una spesa complessiva di L. 1.200.000, nel 1934 fu di 1050 con una spesa di lire 2.100.000 e nel 1939 fu di 1865 con una spesa di L. 2.768.525.

L'attività dispensariale della Provincia si svolge in 11 sezioni dispensariali; per tale attività si incontra una spesa di un milione, di cui parte è destinata all'opera di risanamento igienico delle abitazioni.

Il Comitato ha deliberato di aderire alla richiesta dell'Associazione datori di sangue perchè sia eseguita l'indagine radiografica di tutti i soggetti

È stato anche preso atto della cessazione dal l'ufficio di Direzione del Consorzio del prof. C. Benedetti, Consigliere delle Ricerche, chiamato ad altro incarico.

Un pubblico concorso sarà bandito per ricoprire il posto lasciato dal prof. Benedetti; frattanto le funzioni di Direttore sono state affidate al dott. Rustichelli, medico aiuto del Dispensario Provinciale.

Attività sanitaria in Albania.

È stata presentata al Sottosegretario di Stato per gli Affari Albanesi la relazione sulla attività della Missione Sanitaria, guidata dal Consigliere Nazionale prof. Amatore De Giacomo attraverso l'Albania dal giugno all'ottobre dello scorso anno.

La Missione, composta di 16 sanitari specialisti, ha visitato tutti i centri, anche i meno accessibili, della terra schipetara. Imponente fu il numero degli infermi visitati: circa 30 mila, che la relazione distingue, in una esauriente statistica, secondo le principali malattie riscontrate.

Lo studio del Consigliere Nazionale De Giacomo si chiude con una completa rassegna dei vari problemi igienico-sanitari-ospedalieri dell'Albania, considerati sia nei loro aspetti generali, sia in riferimento ai singoli centri schipetari. Di particolare interesse è la parte dedicata al problema della malaria, che viene studiato in tutti i suoi aspetti così come sono illustrati i molteplici provvedimenti che, nello spazio di pochi anni, libereranno l'Albania da questa piaga secolare.

Elargizioni.

Il prof. Cesare Serono ha offerto alla R. Accademia Medica di Genova la somma di 10.000 lire che dovrà servire come premio per un concorso che l'Accademia di Genova indirà tra i medici italiani per la compilazione di un ricettario ragionato di fito e di galenoterapia. L'Accademia ha accolto con viva soddisfazione la notizia del cospicuo premio che varrà a incoraggiare potenzialmente gli studi in questo settore, squisitamente autarchico, della medicin italiana, e ha espresso la sua gratitudine al munifico donatore.

Azioni giudiziarie.

Il Tribunale civile della Senna ha giudicato il seguente caso. Nella casa di salute X, il chirurgo Y praticava un'operazione sul sig. A. M., per cancro; egli chiese all'infermiera la soluzione di novocaina, per l'anestesia locale; ma l'infermiera fornì una soluzione di novocaina mista a formolo. Siccome non sopravveniva l'anestesia locale, il dott. Y dovette praticare la narcosi. Alla prima incisione si rese conto, dall'odore, che era stato iniettato del formolo e provvide ad evacuare la soluzione; nonpertanto seguì la morte del paziente, dieci ore dopo l'intervento. D'onde una causa promossa dalla vedova e dall'orfano. Una perizia medica giunse alla conclusione che la vita del paziente era stata accorciata di un paio di mesi. Il Tribunale ha condannato solidariamente il dott. Y., il quale avrebbe dovuto assicurarsi della natura della soluzione iniettata, il dott. Z, direttore tecnico della casa di salute, e il proprietario della casa stessa, a corrispondere 75.000 franchi alla vedova e 25.000 franchi all'orfano.

Il Tribunale civile di Marsiglia si è pronunziato sul seguente caso (la sentenza è del 12 luglio 1939, ma viene riferita solo ora nel « Siècle Méd. » del 1° marzo 1940). La signora R. fece eseguire una Wassermann dal farmacista B.; il risultato fu positivo; alcuni giorni dopo la stessa signora fece eseguire altre due Wassermann, in due altri laboratori: risultati negativi. Ella intentò causa contro il farmacista B., chiedendo 10.000 franchi d'indennizzo, per il pregiudizio causatole dal fatto di essersi creduta sifilitica. Il Tribunale ha respinto la richiesta: a parte la possibilità di un errore, non dimostrato, la Corte ha considerato che la Wassermann può essere positiva non soltanto nella sifilide, ma anche in altre malattie: dermatosi, malaria, scarlattina, polmonite ecc., mentre una sifilide accertata non dà in modo costante una reazione positiva; ha rilevato che, appunto per tali motivi, le Commissioni internazionali di sierologia, adunatesi sotto gli auspici della Società delle Nazioni, hanno insistito sulla opportunità di integrare la Wassermann con altre reazioni, onde ottenere il massimo di probabilità diagnostica.

Notizie sanitarie di guerra.

Nei grandi porti inglesi sono stati perfettamente organizzati i treni-ambulanza, pronti ad accogliere feriti e malati dalle navi-ospedali. Risultano di nove vetture. Una di esse è riservata allo stato maggiore, che consta di due medici anziani, i quali hanno fatto l'ultima guerra, di due infermiere e di venti infermieri. Questa vettura comprende anche la sala da pranzo, i letti, i bagni. Un'altra vettura fa da dispensario ed accoglie i malati capaci di sedere. Le altre vetture contengono 36 letti ciascuna. Sono state prescritte esercitazioni giornaliere al personale, in specie per quanto rigurda il maneggio delle lettighe e il trasporto dei malati e feriti.

Alla Facoltà medica di Nancy sono stati richiamati in attività vari professori che erano andati in riposo: André, Froelich, Hoche, Jeandelize, Jacques; essi sono stati incaricati dell'insegnamento in sostituzione dei colleghi mobilitati.

A Vienna fu inaugurato l'1 febbraio il primo ospedale per colpiti dai gas di guerra. Sorge nel parco del castello turco, dove il principe Eugenio di Savoja riportò la sua grande vittoria contro i turchi. È capace di 300 letti.

Il Governo francese ha emanato direttive per la continuazione delle attività culturali. La conformità a tali direttive, molti periodici scientifici e tecnici continuano o riprendono le pubblicazioni, vincendo le difficoltà create dalla guerra.

In Francia sono emerse alcune anomalie nell'organizzazione dei servizi sanitari; ad esempio, più di 400 medici che avevano fatto la guerra del 1914-18 non sono ancora sottotenenti.

In Francia erano stati mobilitati 13.500 medici, di cui 7500 in servizio attivo; 2200 sono stati restituiti alla vita civile, definitivamente o temporaneamente.

Si ha da Berlino che l'Ufficio nazionalsocialista di sanità pubblica ha organizzato la distribuzione delle vitamine sintetiche nelle scuole primarie. Queste vitamine vengono distribuite sotto forma di tavolette di gusto gradevole. Si è cominciato con la vitamina antiscorbutica.

Un po' dovunque.

L'Associazione medica triestina si è adunata il 19 e il 26 gennaio, il 16 e il 23 febbraio, l'8 e il 15 marzo, sotto la presidenza del prof. P. Gall, assistito dal segretario dott. M. Geyer. Sono state fatte comunicazioni da: F. Massaza, G. Mastrangelo, A. Duca e P. Tagliaferro; G. Osvaldella, M. Tamaro, S. Zuech e G. Bini; F. Teclilazio; C. Rvasini, F. Donini e P. Tagliaferro; E. Chiani; V. Urban, D. Pacini e L. Tribelli.

Da Bari è annunziata una fondazione in onore del prof. Alessandro Baldoni, direttore di quell'Istituto di Farmacologia e preside di quella Facoltà medica, traendone occasione dal giubileo accademico dell'insigne studioso e maestro. Le quote dei sottoscrittori sono da inviare al prof. Luigi Liaci, Istituto di Farmacologia della R. Università, Bari.

Il periodico rumeno « Spitalul », in occasione del suo 60° anno di fondazione, ha pubblicato un magnifico fascicolo di 172 pagine, recante la data gennaio-febbraio 1940; esso contiene 18 articoli originali e materiale vario.

La « Review of Gastroenterology » ha dedicato il numero di nov.-dic. al dott. Anthony Bassler, che compie il suo 65° compleanno. Il Bassler è presidente dell'Associazione nazionale di gastroenterologia degli Stati Uniti, consulente in vari ospedali di New York e autore di lavori e trattati su questa disciplina.

Ne « L'Attualità Medica » (genn.-febbr. 1940) il prof. B. Brunelli ha pubblicato un profilo di A. Butenantd, premio Nobel per la chimica, il quale ha scoperto e sintetizzato il progesterone.

« L'Università Italiana » (febbraio e marzo 1940) preconizza che, per la conservazione delle case di Malpighi e di Galvani, si provveda a dichiararle monumenti nazionali.

Il noto ginecologo Ludwig Fraenkel, il quale insegnava a Breslavia, ha ora compiuto 70 anni di età. Si è stabilito a Montevideo, ove esercita la consulenza; gli « Anales de la Facultad de Medicina » gli hanno indirizzato un omaggio. Il Fraenkel è noto per numerosi lavori, tra cui quelli sulla funzione del corpo luteo. Alcuni suoi libri, tra cui uno di « Ostetricia e ginecologia sociale », ebbero larga eco.

Si è solennizzato a Buenos Aires il 25° anniversario della prima applicazione del metodo ideato dal dott. Luis Agote per la trasfusione sanguigna, mediante sangue aggiunto di citrato sodico.

L'Accademico Pietro Rondoni ha tenuto a Milano una conferenza sul tema: « Dolori e gioie dello scienziato », per invito dell'Associazione alla Cultura e della Società del Giardino.

Il 14 marzo, nell'aula magna dell'Università di Milano, ad iniziativa dell'Accademia Medica Lombarda, il prof. Ambrogio Cecchini ha commemorato l'insigne tisiologo prof. Gaetano Ronzoni.

La Banca d'Italia ha rimesso la somma di 2 milioni al Duce, che l'ha così distribuita: ospedale di Salerno lire 500 mila; ospedale di Ravenna lire 500 mila; ospedale mauriziano di Aosta lire 250 mila; per le refezioni scolasiche di Palermo lire 250 mila; per le case popolarissime di Bologna lire 500 mila.

Il Comune di Racconigi, per celebrare il recente lieto evento sabaudo, ha istituito nell'edifizio dell'Asilo Ribolla una degna sede per il nuovo consultorio ostetrico e pediatrico, già deliberato dall'Amministrazione; esso verrà intitolato alla Principessa di Piemonte.

Il nobile Giuseppe Vay di Firenze ha legato morendo il suo patrimonio di oltre 10 milioni alla benefica istituzione del Cottolengo a Torino.

La signora Clara Radaelli ha legato morendo all'Ospedale Fatebenefratelli-Fatebenesorelle di Milano L. 400.000 da destinarsi al riordino della Sezione chirurgica.

A Montevideo la Commissione dell'Ospedale per le cliniche ha fatto costruire un nuovo edifizio per l'Istituto d'igiene sperimentale; probabilmente esso accoglierà anche la Clinica delle malattie infettive.

L'ex-combattente della grande guerra Amedeo Felice Galli, residente a Goria Minore, nel Varesetto, da 24 anni reca un proiettile di shrapnel nel ventricolo destro del cuore; ne fu colpito durante l'offensiva del 25 maggio 1916 sull'altipiano di Asiago. Si conoscono numerosi altri casi del genere.

Nei pressi di Belgrado una donna ha dato alla luce il suo 31° figlio; ha avuto sempre parti doppi e anche tripli; l'ultimo parto è stato il primo unico.

A Ruta di Camoglia (Genova) è morta, il 27 marzo, la signora Angiola Maria Chiolan, nata il 23 luglio 1837; cioè contava 103 anni.

Al Manicomio di Pone Agneda, presso Bilbao, in Spagna, si sono svolte due partite di calcio tra una squdra composta di pazzi e una di giocatori normali; tutt'e due le partite sono state vinte dalla prima squadra.

Il dott. EDOARDO BRANLY, deceduto in questi giorni a Parigi in età di 92 anni, ha legato notoriamente il suo nome ai progressi della telegrafia afila; era laureato in medicina, oltre che in fisica, ed ha esercitato per qualche tempo la professione medica.

È deceduta a Düsseldorf (Germania) la dott.ssa KATHARINA FREYTAG, in età di 61 anni; fu la prima dottoressa tedesca dedicatasi alla chirurgia e raggiunse il posto di primario; durante la grande guerra diresse l'ospedale di guerra di Charleroi.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo — A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII | Roma, 15 Aprile 1940-XVIII | Num. 15

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO A DECORRERE DAL 1° MAGGIO 1940

Singoli:	Italia	Estero	Comulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 80 —	L. 125	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 125	L. 180
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 60 —	L. 70	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 125	L. 180
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 60 —	L. 70	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.)	L. 165	L. 220

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO CARLO FORLANINI
CLINICA DELLA TUBERCOLOSI
E DELLE MALATTIE DELLE VIE RESPIRATORIE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. E. MORELLI.

Lo stato di idratazione dei tubercolosi polmonari.

(Comportamento e significato della prova di Aldrich - Mc Clure).

Dott. MESITI MARIO - Dott. BLASI ANTONIO.

Il presente lavoro, che fa seguito ad una nota di Mesiti, espone il comportamento della prova di Aldrich-Mc Clure studiata sia in un vasto numero di soggetti affetti da tbc. polmonare, in varie fasi della malattia o passati a guarigione clinica, sia in un gruppo di malati sottoposti a trattamento di collassoterapia chirurgica mediante intervento di toracoplastica anterolaterale elastica.

Lo studio del ricambio idrico, e quello ancora più complesso dell'equilibrio idrominerale, nella tbc. polmonare ha un notevole interesse: tuttavia le ricerche condotte a questo scopo, per quanto molto numerose non sono del tutto concordanti e di più incerte nella loro interpretazione.

Mentre Stein (1930) è condotto ad ammettere che nell'organismo affetto da tbc. polm. debba esistere un aumento rimarchevole del patrimonio idrico, così che nonostante le profuse sudorazioni di questi soggetti non si determina mai un impoverimento di acqua tale da provocare una vera e propria « fame di acqua »; Meyer-Bisch (1931) sulla base di ricerche personali e dall'esame dei dati desunti dalla letteratura conclude che, nonostante vi siano ancora dei punti oscuri, nella tbc. polm. esiste un perturbamento del ricambio idrominerale che in numerosi malati si manifesta con impoverimento idrico e ritenzione salina secca.

Ma in tema di metabolismo idrico nella tbc. polm. è da tenere nel massimo conto un elemento che di recente ha trovato una ampia conferma della Scuola di E. Morelli per opera

di Monaldi e collaboratori. Il ricambio dell'acqua trova già normalmente nell'organismo tessuti ed organi che gli possono imprimere un particolare andamento: è noto che normalmente il connettivo in genere e la pelle in specie sono dotati delle maggiori capacità di accumulo di acqua così da costituire un serbatoio di compensazione; proprietà simili possiedono anche il tessuto muscolare ed altri organi, fegato, milza, ecc. In speciali condizioni patologiche si può avere una alterazione dell'equilibrio idrico polmonare il quale può divenire sede di deposito di cospicue masse liquide. Frugoni e collaboratori ad es. dimostrano nell'edema polmonare un brusco accumulo di liquidi nel polmone, quale espressione di modificazioni avvenute nell'equilibrio di imbibizione del tessuto; nello stesso senso parlano le ricerche di Monaldi e collaboratori, che mediante prove di idratazione e disidratazione dimostrano che la componente essudativa, in territori polmonari patologici, assume andamenti diversi in rapporto al particolare comportamento della parte liquida.

La prova di Aldrich Mc Clure, impiegata in clinica per esplorare lo stato di idratazione dei tessuti, ha una larga letteratura; numerosi AA. ne hanno fatto oggetto di studio in varie forme morbose.

Aldrich Mc Clure che per i primi la proposero nel 1923, se ne servirono per svelare gli edemi latenti e gli stati pre-edematosi, e notarono che negli individui con edemi o con tendenza agli edemi, il tempo di riassorbimento del ponfo è molto più breve di quanto si riscontra nei soggetti normali.

Ulteriori ricerche sul comportamento e sul significato della prova hanno potuto accertare come essa, per quanto grossolana, rappresenti un buon mezzo di indagine per mettere in evidenza particolari deviazioni dell' equilibrio idrico, sia nel senso di una ritenzione di acqua nei tessuti, sia nel senso di una disidratazione di essi.

Per questa ricerca numerosi altri mezzi sono stati proposti ed attuati (Morawitz, Denecke, Fiessinger, Sandler e Olivier, Frontali, Salvioli e Quadri, Labbé-Violle e Nepveux), ma fra questi la prova di Aldrich-Mc Clure è quella che più è stata studiata e applicata non solo per la sua semplicità, ma anche perchè più rispondente delle altre.

In un primo tempo la prova fu attuata in quelle malattie a tipo edematoso in cui sono chiaramente manifesti i segni dello squilibrio idrico.

Aldrich e Mc Clure riscontrarono (1923) che in un gruppo di bambini con edema generalizzato, albuminuria, diarrea, e senza disturbi cardio-circolatori il tempo di riassorbimento del ponfo intradermico era notevolmente abbreviato e ciò tanto maggiormente quanto più manifesto era l'edema; viceversa allorchè l'edema cominciava a scomparire e i sintomi clinici ad attenuarsi, il tempo di riassorbimento diventava sempre più lungo sino ad avvicinarsi man mano ai valori normali.

Lo stesso Mc Clure successivamente notò come nelle infezioni e nelle intossicazioni in genere il tempo di durata del ponfo fosse assai breve: risultati questi confermati da Sovett e Batter che nella difterite e nella scarlattina riscontrarono un tempo di riassorbimento tanto più basso quanto più grave era l'intossicazione.

La reazione poi è stata studiata negli stati discrasici con o senza edemi, nelle nefropatie, nelle cardiopatie compensate e scompensate, nelle malattie del fegato: in tutti questi casi la prova si è dimostrata utile per lo studio dello stato idrico dell'organismo, denotando con la scomparsa precoce del ponfo, l'aumentata affinità dei tessuti per l'acqua.

Toffanin (1930) estese le ricerche su 83 individui affetti dalle più svariate malattie e ha riscontrato una diminuzione del tempo di riassorbimento nelle malattie dell'apparato digerente dei bambini, nel tifo, nelle lesioni renali, nelle pleuriti e polisierositi, nelle meningiti tubercolari, nelle cardiopatie; solo in un caso di marasma senile riscontrò un tempo notevolmente ritardato.

Merklen, Wolf e Schneider (1926) videro che negli arti tenuti declivi e negli arti affetti da lesioni arteriose si aveva una maggiore rapidità di assorbimento.

Analoghi risultati ottennero Stern e Cohen (1926) nei disturbi circolatori delle estremità.

Buzzi ha eseguito delle ricerche su 50 casi di gravide normali, e su casi di pre-eclampsia, di eclampsia, di nefriti e di vizi cardiaci associati a gravidanza e ha riscontrato sempre tempi abbreviati concludendo che la prova è legata sopratutto allo stato di edema già formatosi o in via di formazione, indipendentemente dalle varie cause edemizzanti.

Da questa rassegna risulta come il tempo di riassorbimento del ponfo intradermico è stato sempre riscontrato abbreviato tanto in quei casi in cui esistono evidenti alterazioni dello stato dei tessuti in dipendenza di squilibri cardio-circolatori o di stati discrasici in genere, quanto nei casi in cui le condizioni di idrata-

zione dei tessuti non appaiono in modo evidente compromesse, pure esistendo un interessamento generale dell'organismo in dipendenza di uno stato tossi-infettivo.

Nei riguardi della tbc. polm. le ricerche eseguite con il testo di Aldrich-Mc Clure risultano scarse, con casistiche piuttosto limitate e sopratutto con risultati contradditori.

De Benedetti e Currado (1927) hanno compiuto le loro ricerche in soggetti pleuritici e polisierositici e in soggetti con manifestazioni tubercolari polmonari: mentre non hanno osservato particolari modificazioni nei soggetti con manifestazioni sierose, hanno notato un abbassamento del tempo di riassorbimento in quelli con lesioni polmonari tanto più accentuate, quanto più gravi erano le lesioni e la compromissione dello stato generale.

Toffanin (1930) ha riscontrato invece una minor durata del ponfo nelle pleuriti essudative e polisierositi; su 14 casi di tbc. polm. ha trovato solo in esigua percentuale valori normali, nella gran maggioranza dei casi il tempo di riassorbimento ha dato valori molto al di sopra della norma.

Stein (1930), su una numerosa casistica di individui affetti da tbc. polmonare, ha trovato solo in esigua percentuale valori normali, invece, nella gran maggioranza dei casi trattati, il tempo di riassorbimento del ponfo ha dato valori molto al di sopra della norma.

Inoltre ha notato che quando il processo polmonare dalla sua fase evolutiva tende verso la cronicizzazione, si vede tornare ai valori normali il tempo di assorbimento, con un andamento parallelo molto netto al miglioramento generale dell'organismo. È da porre in rilievo che questo A. ha riscontrato una maggior durata del ponfo anche nei cardiopatici scompensati ed edematosi.

Dalla Palma e Calderato (1921) hanno osservato il tempo di scomparsa del ponfo molto più breve nei tubercolosi con profodo decadimento dello stato generale che in quelli in buone condizioni.

Zambrano (1932) nei bambini tbc. trova un notevole abbassamento e nota come esista un evidente parallelismo tra durata del ponfo ed andamento della malattia, avendosi una progressiva diminuzione negli aggravamenti e un aumento in relazione con i miglioramenti.

*
* *

Il nostro studio comprende tre serie di ricerche.

Nella prima abbiamo osservato il tempo di riassorbimento del ponfo in 30 soggetti normali, accertati indenni da lesioni polmonari con esame clinico-radiologico e non presentanti alterazioni di altri organi od apparati, ottenendo valori conformi a quelli già dati dai primi AA. e confermati dalla maggior parte dei successivi ricercatori: il tempo di riassorbimento infatti ha oscillato tra 52 e 66 minuti primi.

Nella seconda serie di ricerche la prova è stata portata su N. 365 soggetti affetti da tbc. polmonare, che sono stati divisi nei seguenti tre gruppi.

Il primo gruppo comprende N. 72 pazienti già sottoposti a trattamento collassoterapico medico o chirurgo, con assenza di manifestazioni locali o generali e da considerare clinicamente guariti o in via di guarigione.

In 14 casi di questo gruppo si è riscontrato un valore appena inferiore al normale (tra m' 40 e 50), nel rimanente il valore è stato normale.

Per i soggetti presentanti valori inferiori alla norma è da notare che si tratta di individui in cui lo stato di guarigione clinica non è stato consolidato da un congruo periodo di tempo.

Il secondo gruppo comprende N. 178 individui con lesioni polmonari di antica data a prevalente carattere produttivo o talora progredienti lentamente per azione di fattori meccanici, cioè portatori di lesioni polmonari che Monaldi ha definito biologicamente stazionarie.

Pur trattandosi di lesioni a diversa fisionomia clinica ed a varia estensione, si ha in genere la caratteristica fondamentale dell'assenza di ripercussioni evidenti sull'organismo oppure queste sono di così piccola entità e talmente transitorie da doversi ritenere clinicamente trascurabili.

I valori del tempo di riassorbimento del ponfo in questo secondo gruppo vanno distinti in due quadri. Nel primo rientrano N. 40 soggetti in cui i valori della prova sono compresi tra 31 e 35 minuti primi; di questi solo 9 casi presentavano dei piccoli fenomeni tossiemici, consistenti in temperatura serotina subfebbrile con modici sudori del sonno, o in lieve diminuzione del peso corporeo con modica astenia: tuttavia in assenza di altri fenomeni tossiemici eclatanti abbiamo creduto di poterli comprendere nel gruppo dei portatori di lesioni biologicamente stazionarie.

Nel rimanente dei casi di questo primo quadro non abbiamo avuto elementi per la spiegazione dei valori bassi del tempo del ponfo,

non potendo invocare nè il fattore tossiemico, essendo questo manifestamente assente, nè il fattore età, avendosi è vero soggetti molto giovani (18-20 anni), ma anche individui di età molto avanzata.

Nel secondo quadro (N. 138), mentre in 105 il valore del tempo di riassorbimento si è presentato tra 36 e 45 minuti primi, in 33 tra 46' e 55'. È da notare che anche in questo secondo quadro in alcuni si è riscontrato qualche isolato e lieve segno di tossiemia, pur senza avere dei valori del tempo di riassorbimento tali da poter contraddistinguere questi dagli altri soggetti di questo quadro.

Nel terzo gruppo sono compresi N. 115 casi, che presentano, più o meno accentuati ed al completo, quei segni che sono tipici della sindrome tossiemica: nella maggior parte si tratta di pazienti con segni di tossiemia grave, negli altri i segni tossiemici erano quantitativamente modesti.

I valori del tempo di riassorbimento del ponfo intradermico in questo gruppo si estendono da un minimo di 11' (1 caso) fino ad un massimo di 40' (5 casi). Si direbbe trattarsi di valori notevolmente distanti; pur tuttavia anche in questo gruppo si ha omogeneità dei valori, essendo la loro discordanza più apparente che reale per le seguenti considerazioni.

Esaminando infatti i casi a seconda del valore del tempo di ponfo abbiamo:

a) N. 25 presentanti valori da 36' fino a 40';

b) N. 35 con valori tra 31' e 35';

c) N. 55 in cui il valore della prova è inferiore a 30', notando che in 13 di questi si sono avuti valori inferiori a 20'.

Mentre in *a)* si hanno i casi nei quali la sindrome tossiemica è non solo modesta ma incompleta, in *b)* e maggiormente in *c)* andiamo verso quelli più gravi, con fenomeni tossiemici sempre più accentuati.

Visti in questo senso i risultati di questo gruppo sono da considerare molto omogenei.

*
* *

Nella terza serie di ricerche abbiamo studiato il comportamento della prova in ammalati sottoposti ad intervento di toracoplastica anterolaterale elastica: in tal modo oltre ad avere una idea sulle variazioni dell'idratazione dei tessuti nei giorni successivi all'intervento operativo, abbiamo ottenuto qualche elemento utile per la valutazione e il significato della prova.

Si tratta di N. 30 operati in cui, determinato il tempo di riassorbimento del ponfo prima dell'intervento, si seguiva la prova nel giorno successivo all'operazione e quindi ogni tre giorni per un periodo di tempo aggirantesi sui 15-18 giorni, portando le ricerche oltre tale periodo soltanto in qualche caso particolare.

In un gruppo di essi (N. 10) si è studiato, parallelamente alla prova di Mc Clure il comportamento del tasso idremico, servendoci, per tale ultima ricerca, del metodo del residuo secco di Bang.

Anche in questa serie di ricerche si è tenuto conto di tutto il complesso tossiemico presentato dal soggetto in esame, e si è preso l'andamento della curva termica degli operati come la massima espressione di esso. Abbiamo perciò registrato non solo la temperatura che il malato presentava al mattino, al momento cioè della prova, ma anche quella della sera precedente, essendo noto che in questi pazienti le maggiori elevazioni termiche, in assenza di complicanze particolari, si hanno con ritmo serotino.

Riportiamo i risultati ottenuti nei casi più tipici sotto forma di grafica, con un duplice tracciato: uno riferentesi al comportamento della prova, l'altro in rapporto all'andamento della temperatura.

Dei 30 casi studiati, 16 riguardano individui operati in discrete condizioni generali, afebbrili, con assenza di fenomeni tossiemici evidenti, ma con lesioni polmonari in fase evolutiva: si tratta quindi di soggetti appartenenti al secondo gruppo della serie precedente. In questi individui il decorso post-operatorio è stato afebbrile, o, al massimo, ha presentato qualche lieve elevazione nei primissimi giorni.

Esempio di tale gruppo è la grafica N. 1 la quale si riferisce a C. Teresa di anni 20 che presenta lesioni a tipo ulcero-caseoso diffuse a tutto il polmone di S. con numerose formazioni microcavernulari. Già precedentemente la malata è stata sottoposta ad intervento di frenicoexeresi S. e a tempo inferiore di toracoplastica a. l. e. Le nostre ricerche vengono attuate allorchè viene eseguito il tempo superiore dell'intervento.

La paziente è da tempo afebbrile, in condizioni generali buone, con stato di sanguificazione discreto, peso in lieve aumento, non sudori, modico affanno ed astenia.

Il decorso post-operatorio, tranne modica elevazione subfebbrile (37°,5) e modici sudori nei primi giorni, si svolge in apiressia e con assenza di fenomeni tossiemici.

Il tempo di riassorbimento del ponfo, prima dell'operazione è di m' 33: il giorno successivo all'intervento si ha un abbassamento a m' 27 e poi un progressivo aumento dei valori

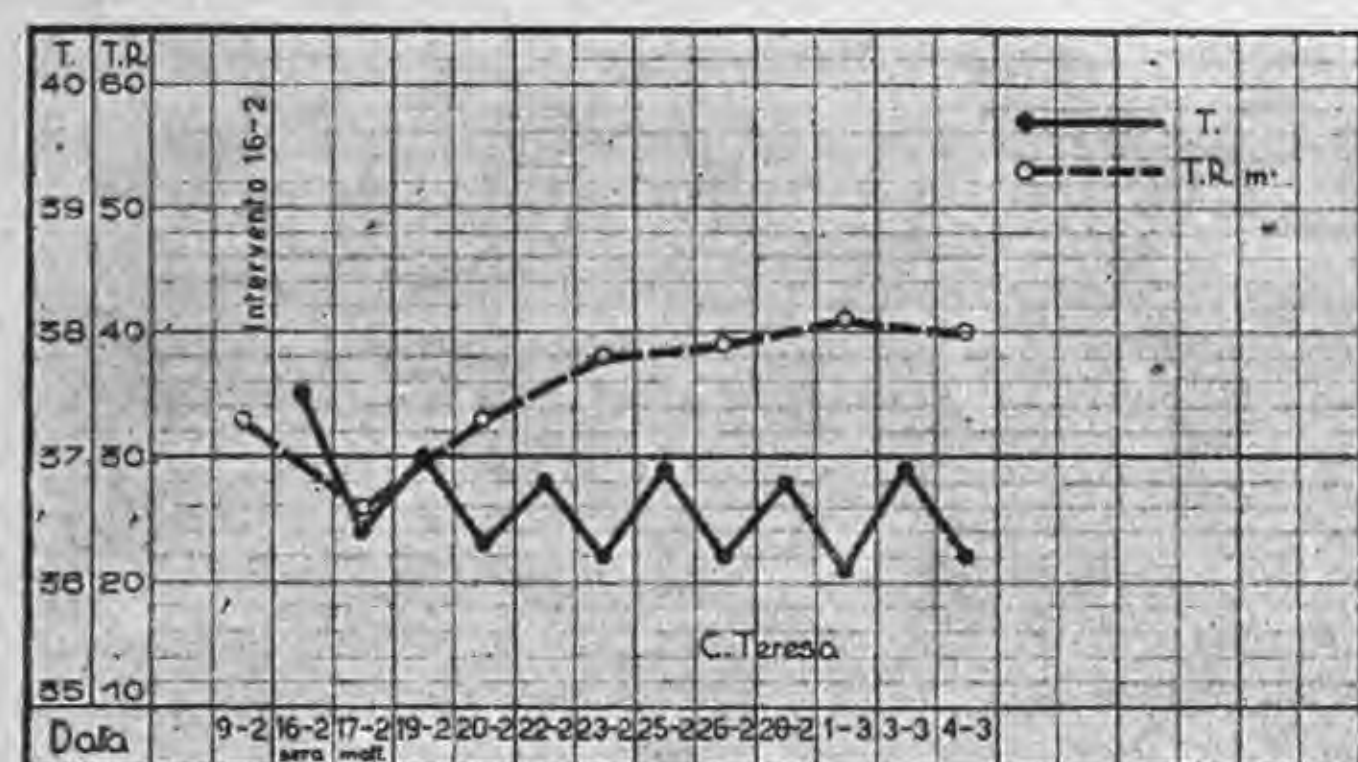



FIG. 1.

che oltrepassano notevolmente quelli iniziali, raggiungendo dopo 15 giorni m' 40.

La grafica N. 2 esprime il comportamento della prova di quegli individui (N. 6) operati in condizioni piuttosto gravi con temperatura da tempo persistente e con segni spiccati di tossiemia (3° gruppo della serie precedente): la grafica si riferisce a:

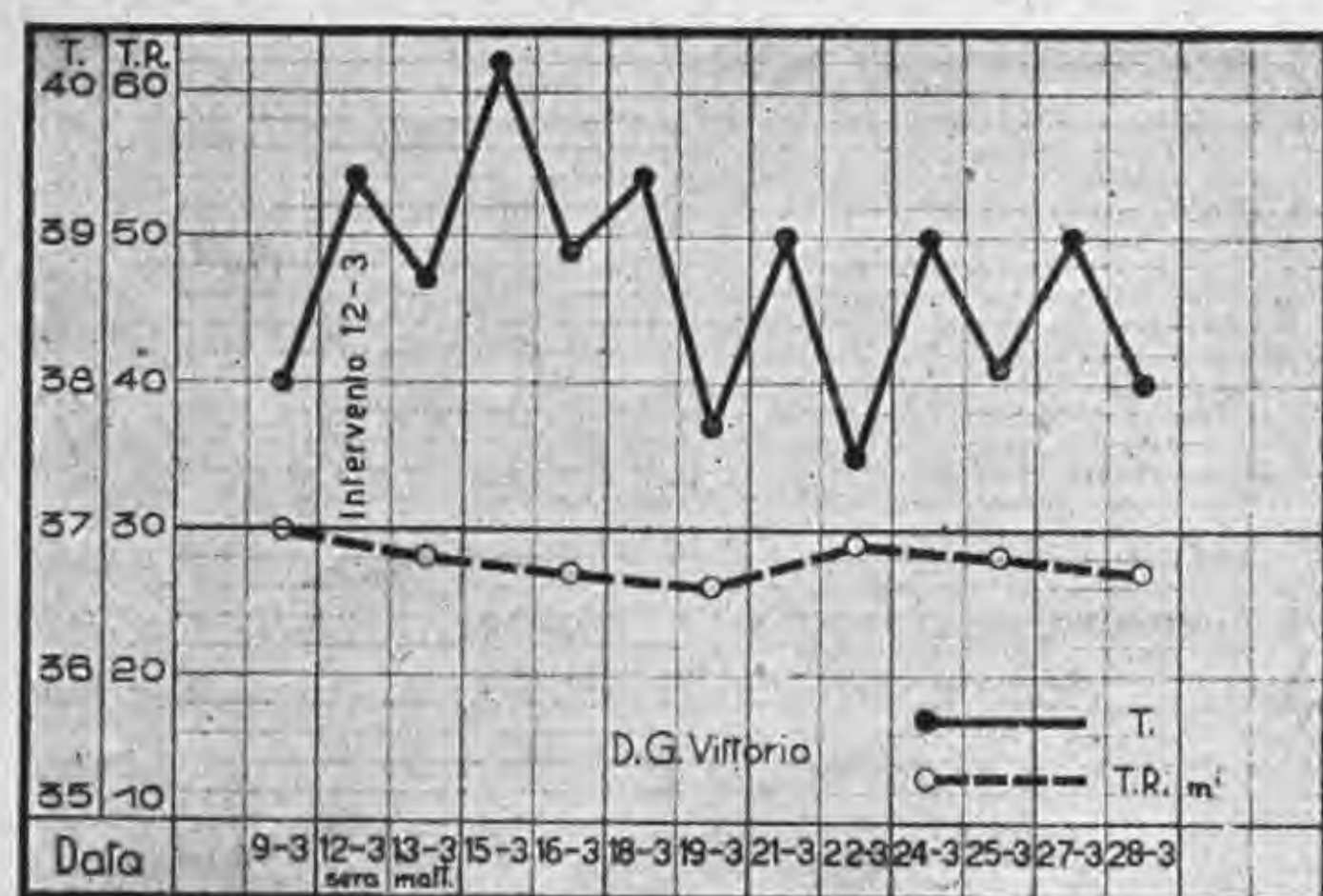



FIG. 2.

D. G. Vittorio, a. 20. Tbc. ulcero caseosa diffusa a S.

Condizioni generali e di sanguificazione molto scadute, elevazioni termiche serali sui 38°-39° con manifestazioni subfebbrili al mattino, notevoli sudori del sonno, peso in diminuzione, affanno ed astenia.

La prova si svolge in relazione ad intervento di toracoplastica a.l.e. tempo inferiore S.

Il decorso post-operatorio è caratterizzato da maggiori elevazioni termiche che la sera si aggirano sui 39°-40°, scendendo al mattino attorno ai 38°; le sudorazioni divengono più imponenti al pari di tutti i fenomeni tossiemici. La durata del ponfo, prima dell'intervento è di m' 30, il giorno successivo è di m' 28, scende quindi a m' 26, oscillando, nell'ulteriore decorso tra m' 26 e m' 29 con decorso quindi quasi lineare, parallelamente alla temperatura che si mantiene costantemente elevata.

In n. 4 individui operati di toracoplastica a.l.e. totale, è stato possibile eseguire la prova sia nel tempo inferiore che nel superiore. Il comportamento di tali casi è rappresentato dalla grafica n. 3.

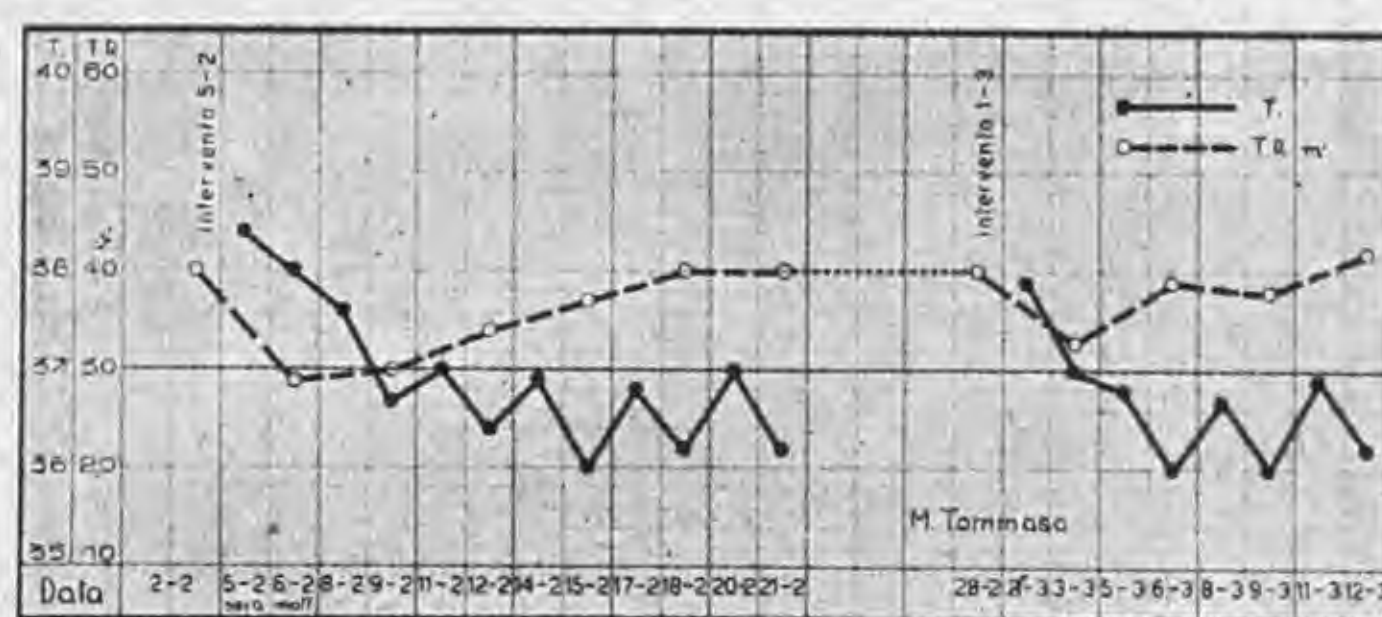



FIG. 3.

M. Tommaso, a. 34. Tbc. ulcero-fibrosa bilaterale.

Condizioni generali di sanguificazioni discrete, peso stazionario, non sudori, scarso affanno ed astenia. Prima dell'intervento il tempo di riassorbimento è di m' 36: durante il decorso post-operatorio, (intervento di frx e toracoplastica a.l.e. tempo inferiore S.) si ha dapprima un abbassamento a m' 29, quindi un successivo e rapido aumento sino a raggiungere valori superiori a quelli iniziali (m' 40). Eseguito il tempo superiore l'abbassamento del tempo di ponfo è stato di minor entità e di minor durata di quello notato nel

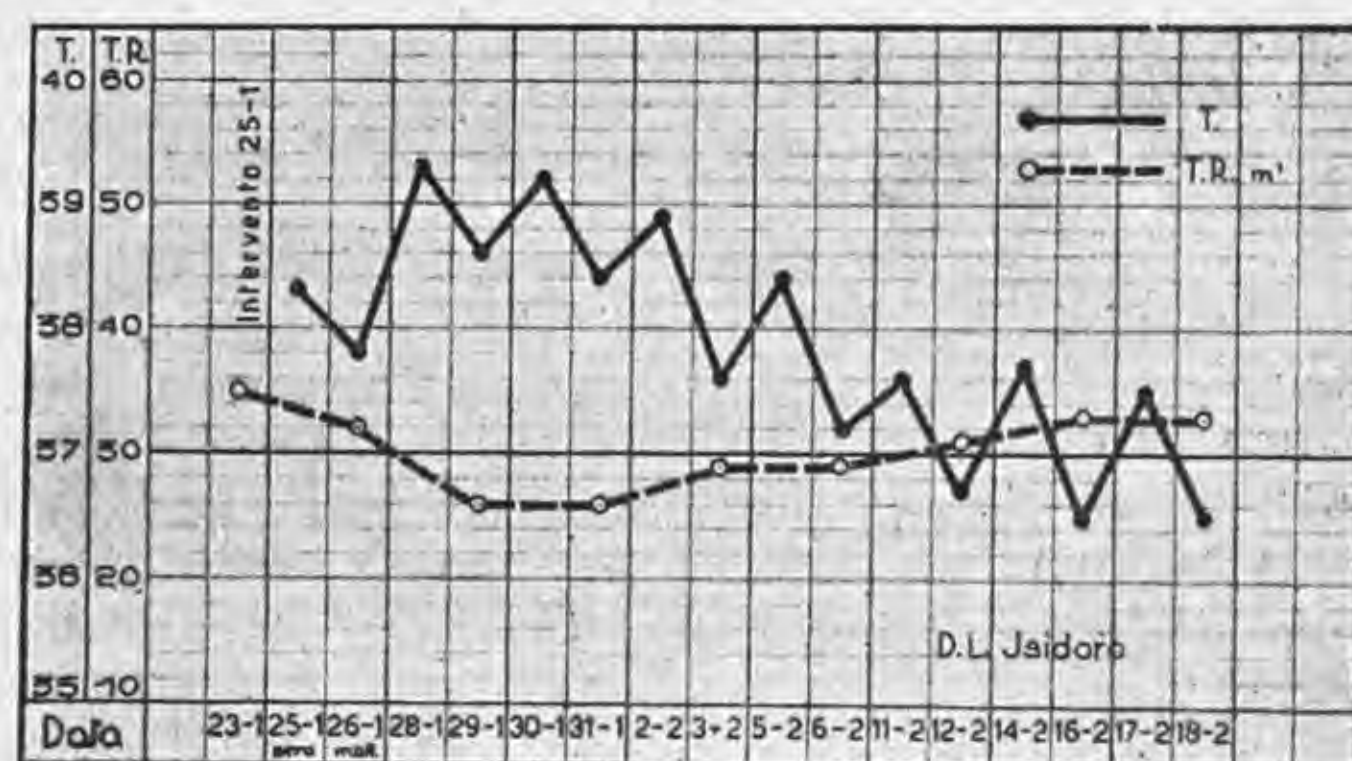



FIG. 4.

tempo inferiore; i valori poi si sono elevati raggiungendo dopo 11 giorni m' 42. Parallelamente a questo andamento si è avuto una rapida ripresa nel complesso delle condizioni generali.

In alcuni casi (n. 4) durante il decorso post-operatorio, si sono registrate particolari complicazioni.

La grafica n. 4 si riferisce a D. L. Isidoro di a. 35.

Tbc. ulcero caseosa S. Condizioni generali e di sanguificazioni scadenti, saltuarie elevazioni termiche serali, peso in diminuzione, scarsi sudori del sonno, affanno ed astenia; tempo di riassorbimento di m' 35. Si pratica intervento di frx. e toracoplastica a.l.e. tempo inferiore S. Durante il decorso post-operatorio, nei primi dieci giorni, si hanno notevoli elevazioni termiche in rapporto alla comparsa di un blocco bronco-pneumonico

la prova subisce un abbassamento graduale e progressivo fino a m' 26; quindi, con l'attenuarsi delle elevazioni termiche, i valori aumentano, ma restano sempre inferiori a quelli iniziali.

Ancora più dimostrativa è la grafca n. 5.

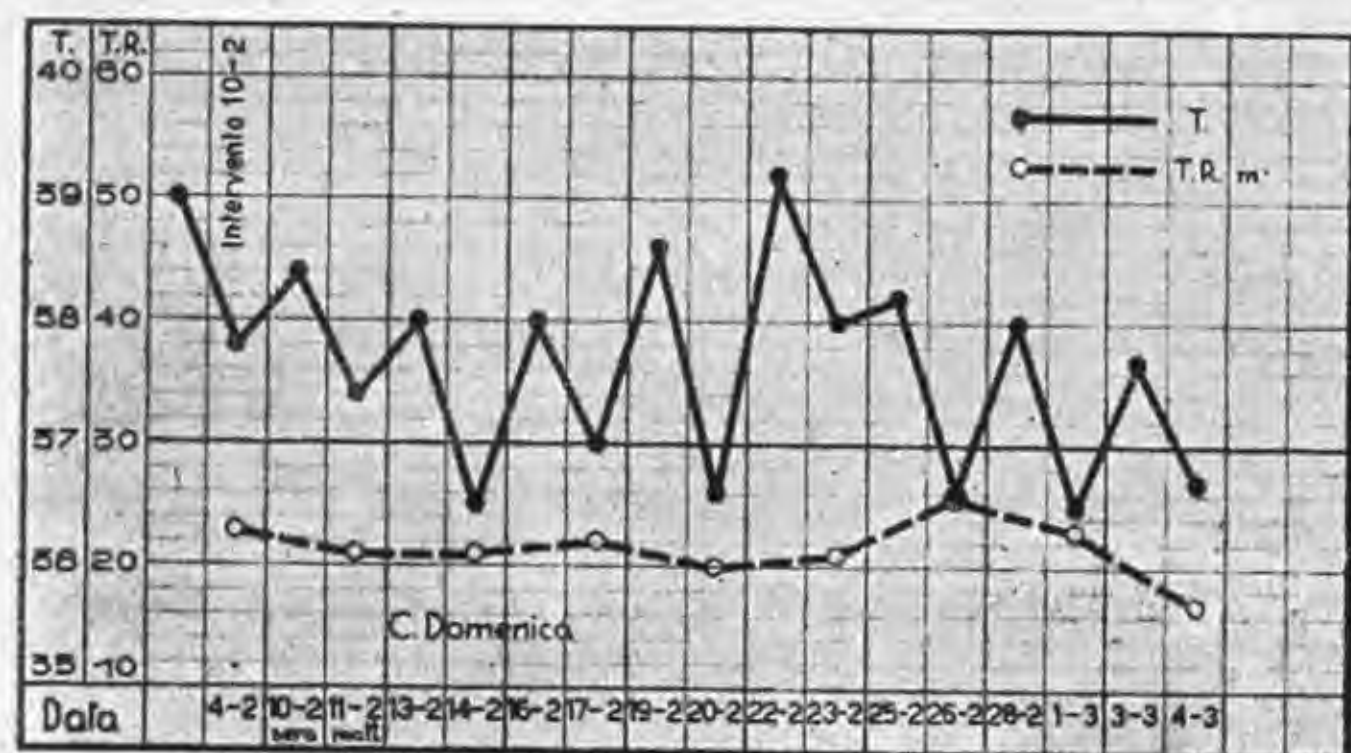



FIG. 5.

C. Domenica, a. 34. Tbc. ulcero caseosa del lobo superiore D. con diffusione basale omolaterale a medi nodi a tendenza ulcerativa. Condizioni generali molto scadenti, profonda discrasia ematica, rialzi termici serotini sui 39° con remissione subfebbrile al mattino, profusi sudori del sonno, notevole senso di astenia, affanno, peso in progressiva diminuzione. Il tempo di riassorbimento del ponfo, ripetutamente controllato prima dell'intervento, è di m' 23. Discende a m' 21 subito dopo il tempo inferiore D. di toracoplastica anterolaterale elastica e si mantiene più o meno entro tali valori, con qualche accenno al rialzo, mentre la temperatura è sempre elevata. In concidenza con la comparsa di edemi agli arti inferiori e di versamento addominale a carattere trasudativo per squilibrio circolatorio si ha una brusca discesa a m' 17.

In complesso durante il decorso post-operatorio in ammalati sottoposti ad intervento di toracoplastica a.l.e. si osserva una diminuzione del tempo di riassorbimento del ponfo, che è di lieve entità e di breve durata in quei casi che decorrono in apiressia e senza particolari complicanze, più notevole e più persistente in quelli in cui il decorso post-operatorio si accompagna a notevoli rialzi termici a profuse sudorazioni, o a particolari complicanze.

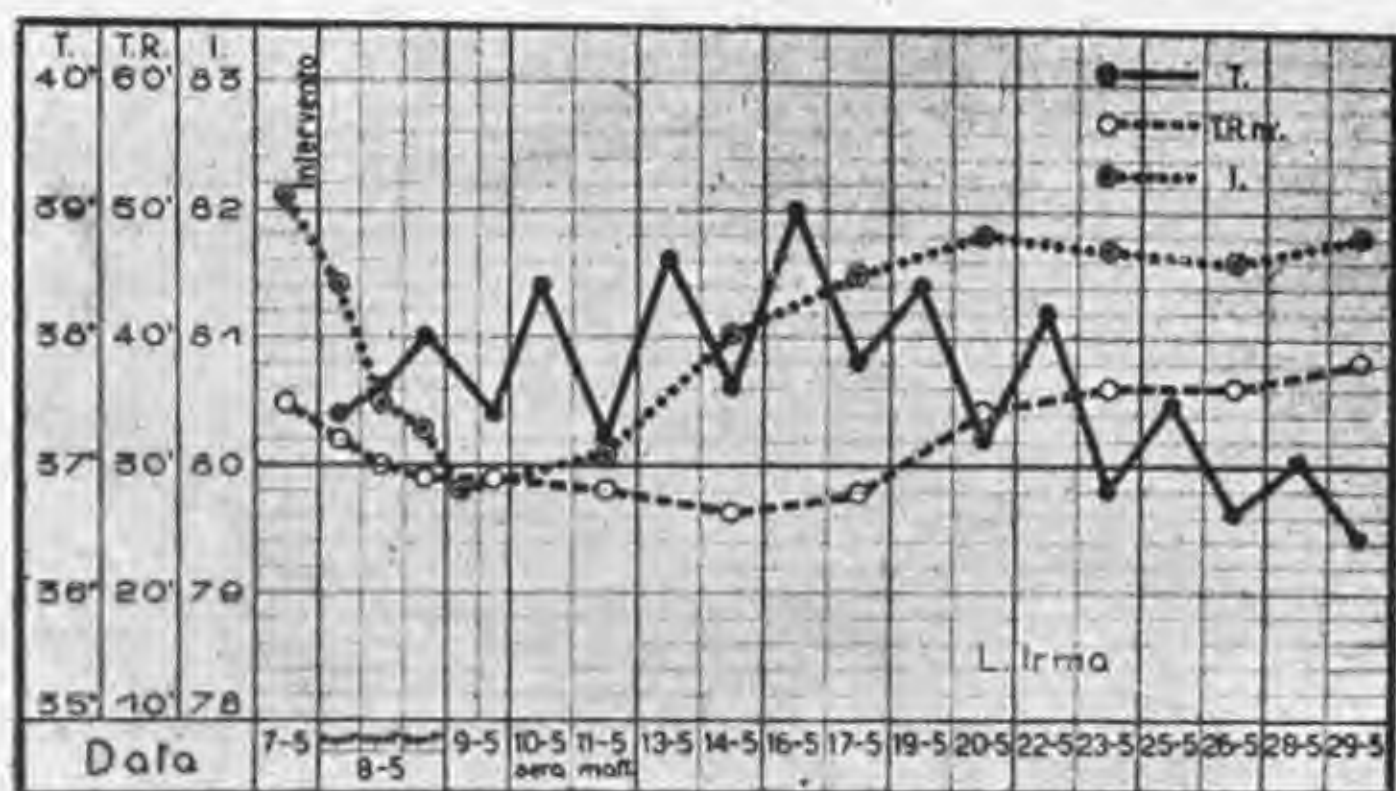



FIG. 6.

In dieci casi, fra i trenta studiati, abbiamo voluto compiere parallelamente delle ricerche sulle variazioni del tasso idremico. A tale scopo abbiamo eseguito la prova di Mc Clure e l'idremia ancora più dettagliatamente, determinando il loro valore il giorno stesso dell'intervento, per tre volte, a tre ore di distanza una dall'altra, ripetendo poi le prove il giorno successivo e continuandole quindi ogni tre giorni con il solito ritmo.

I risultati più o meno uguali nei casi studiati, sono riportati nella grafica N. 6.

L. Irma, a. 22. Tbc. fibro-ulcerativa microcarvenolare S. I dati relativi alla prova di Mc. Clure e i rapporti tra questa e la curva termica si possono rapportare alle grafiche precedenti. Per quel che riguarda l'idremia, prima dell'intervento si aveva un valore di 82.15 %, che è progressivamente disceso nelle ore successive raggiungendo il massimo abbassamento dopo 24 ore con un valore di 79.84 %: si è avuto quindi un progressivo rialzo con un ritorno rapido ai valori iniziali.

In tutti questi casi studiati, il comportamento dell'idremia è stato pressochè sempre uguale: le oscillazioni sono sempre avvenute entro i limiti normali (valori fisiologici 79-82 %); il massimo abbassamento è stato riscontrato nella maggior parte dei casi dopo 24 ore, qualche volta dopo 6 o 9 ore, in un solo caso il valore più basso si è avuto dopo 3 ore dall'intervento. In tutti i casi poi le oscillazioni del tasso idremico sono state indipendenti dall'andamento della prova di Mc. Clure e il massimo abbassamento dell'idremia non ha mai coinciso con il massimo abbassamento del tempo di riassorbimento del ponfo.

*
* *

Prima di passare alle conclusioni esaminiamo quale significato si possa dare in via generale alla prova che ha formato oggetto del nostro studio.

Le ricerche dei primi Autori e le conferme ulteriori dimostrano chiaramente nei soggetti edematosi o in stato di preedema che la prova è più o meno notevolmente abbreviata: si riscontra cioè una minore durata del ponfo in quei soggetti in cui esiste sicuramente ritenzione idrica nei tessuti.

A spiegazione di questo dato di fatto furono avanzate varie ipotesi.

Alcuni AA. pensarono ad un riassorbimento attivo della soluzione fisiologica iniettata, che per Aldrich e Mc Clure sarebbe dovuto al fatto che i colloidi tissurali, negli stati edematosi, aumentano la loro liofilia; per Fischere Coen sarebbe determinato dall'aumento dell'acidosi locale in rapporto con la cattiva ossigenazione dei tessuti.

Altri Autori sostengono un riassorbimento passivo, per alcuni di ordine circolatorio, per altri invece di ordine puramente meccanico. Così Fiessinger, Sander e Ollivier ritengono che abbia notevole influenza lo stato di alterazione dell'endotelio dei vasi capillari; Schul-

manny e Marek danno pure importanza allo stato dei capillari avendo visto che, provocando vasocostrizione (adrenalina) la scomparsa della bolla viene in un tempo più lungo, mentre, provocando vaso-dilatazione (nitrito di amile), la bolla ha una minor durata.

Guggenheimer e Hirsch, negando alla prova sia il valor di fenomeno attivo tissurale, sia di ordine circolatorio pensano che il riassorbimento avvenga per ragioni puramente meccaniche dovute alla modificazione della struttura anatomica del tessuto cioè alla maggiore ampiezza degli spazi interstiziali dissociati dall'impregnazione sierosa ed opponenti perciò una più scarsa resistenza alla diffusione del liquido iniettato. Questa ipotesi trovò conferma sperimentale (Govaerts e Bernard): iniettando nello spessore del derma una sostanza inerte ed inassimilabile, la paraffina liquida, è stato visto che negli stati di edema e di predema questa sostanza viene assorbita con maggior velocità in rapporto all'ampliamento delle maglie dei tessuti. Uguale significato avrebbero le ricerche di Buzzi, mediante insufflazione d'aria nel derma: questa si assorbe più rapidamente nelle zone di edema.

Dopo queste ultime ricerche, quasi tutti gli AA. che successivamente si sono occupati dell'argomento, ammettono che nei casi di edema la diminuzione della durata del ponfo sia dovuta ad un fenomeno di ordine meccanico. Ma se ciò può valere per i casi di edema, non altrettanto può dirsi per tutte quelle altre malattie non edemigene in cui è stata riscontrata una minor durata del ponfo. Così non potrà ammettersi il fattore meccanico per spiegare l'abbreviazione del tempo di riassorbimento in malattie come il tifo, la difterite, la scarlattina, ecc. nelle quali certamente non esiste una ritenzione idrica tissulare. È noto che nelle malattie infettive, specie in quelle di una certa durata, il bilancio idrico è in difetto: in questi casi è da ammettere che i tessuti, trovandosi disidratati, hanno una più spiccata affinità per l'acqua e la prova di Aldrich-Mc Clure risulta abbreviata per un riassorbimento attivo esercitato dagli elementi tissurali.

Interessanti sotto questi riguardi sono le ricerche di Mircoli. Questo A. studiando la diuresi e il metabolismo dell'acqua su 50 soggetti normali con il metodo di Volhard, ha condotto parallelamente delle osservazioni sul comportamento della prova di Aldrich Mc Clure dopo ingestione di un litro di acqua nello spazio di 15-20 m'. La prova ha subito delle variazioni non sempre univoche: in alcuni individui ha avuto una durata di 40 m' in altri è giunta sino a 2 h. e 30'. Mircoli ha notato che i tempi minori della prova di Mc Clure rispondevano ai valori più alti della diuresi, (la quale nei soggetti normali ha una grande variabilità, in rapporti ai diversi fattori renali ed extrarenali che regolano il movimento dell'acqua nell'organismo).

Il tempo di ponfo più basso si riscontrava in quei soggetti che nella prova della diluizione eliminavano con le urine una quantità di acqua superiore a quella introdotta (1500-2000 cc.); il tempo 2 h.-2 h. 30' è stato riscontrato in soggetti con diuresi intorno a 500-600 cc.

Risulterebbe quindi che in quegli individui nei quali, sotto la spinta della bevuta, le riserve idriche erano state influenzate e rimosse, così da portare ad una sottrazione dell'acqua propria dei tessuti, l'organismo si viene a trovare in uno stato di disidratazione più o meno forte, e, di conseguenza la soluzione fisiologica iniettata viene rapidamente assorbita dai tessuti. Negli altri invece nei quali, per insufficiente eliminazione renale, le riserve idriche si erano arricchite, i tessuti meno avidi di acqua, richiamano la soluzione fisiologica con maggior lentezza e il ponfo impiega maggior tempo a scomparire.

Non è quindi necessario, per spiegare tali casi, invocare, come negli edematosi, particolari stati di aggregazione delle cellule del connettivo: basta pensare al diverso stato di idratazione dei tessuti e alla differente affinità di essi per l'acqua.

Un'altra conferma all'ipotesi che la maggior celerità di riassorbimento del ponfo sia in rapporto ad uno stato di disidratazione tissurale, ci viene fornita dal comportamento della prova nel decorso post-operatorio degli individui operati di toracoplastica.

È certo che l'atto operatorio in se stesso determina un'abbassamento delle riserve idriche denotate anche dalla rapida perdita di peso nei primi giorni dell'intervento. Questo abbassamento, a meno che non intervengano altri fattori, dura solo nei primissimi giorni e poi pian piano si ristabilisce l'equilibrio. Infatti in tutti gli operati il tempo di riassorbimento è sensibilmente abbreviato nei primi tre o quattro giorni, a ciò segue un progressivo aumento man mano che si equilibra, con il miglioramento delle condizioni generali e con la caduta dei fenomeni tossiemici, lo stato di idratazione.

Si può dunque ritenere ed ammettere che il

riassorbimento della soluzione fisiologica iniettata possa avvenire con un duplice meccanismo: passivo ed attivo.

Il fattore meccanico passivo può entrare in causa in quei casi in cui esistendo imbibizione tissurale spiccata, si è determinato uno sfiancamento degli spazi interstiziali; il riassorbimento atttivo in quei casi in cui le cellule, essendo in deficit di acqua, esercitano un richiamo diretto su di essa.

Nella interpretazione del meccanismo dell'acceleramento del tempo di riassorbimento del ponfo nei vari quadri di tubercolosi polmonari, due elementi debbono essere presi in particolare considerazione: la sindrome tossiemica ed il tipo del processo tubercolare polmonare.

Fra le diverse manifestazioni cliniche che caratterizzano la sindrome tossiemica, prendiamo in particolare considerazione per le ripercussioni che possono determinarsi nei riguardi dell'equilibrio idrico tissurale, le due più eclatanti: la febbre e le sudorazioni.

Lo stato febbrile (Villa) deve essere ritenuto capace di influenzare il ricambio idrico. Il concetto che la febbre elevata e prolungata sia causa di ritenzione di acqua, è stato suffragato e confermato da ricerche antiche e recenti (Morawitz, Nonnebruch). Questa ritenzione idrica, rivelata più da un esatto esame del bilancio idrico che dalla presenza di edemi, si avrebbe a carico di vari tessuti (muscoli, fegato, cute, e anche del sangue il cui tasso idremico è superiore al normale). Scaffidi ha potuto dimostrare che il calore accresce la capacità di imbibizione del connettivo sottocutaneo. La interpretazione di tal fatto è che entri in gioco, più che la febbre in se stessa, lo stato di inanizione prolungata e agenti tossici vari che, provocando turbe neuro-vegetative e del metabolismo organico, cooperano al determinismo della ritenzione di acqua nello stato febbrile. A proposito di agenti tossici, tossine batteriche e veleni diversi, bisogna anche considerare che alcuni fra questi hanno un'azione edematogena locale più o meno intensa in relazione con modificazioni della reazione locale dei tessuti.

Le sudorazioni, che nei tbc. polmonari a volte sono molto profuse, hanno certamente una ripercussione ben più profonda sul metabolismo dell'acqua.

Gli studi in proposito sono scarsi. Poco accettabili appaiono le idee di Stein: questo A., esaminando i rapporti tra sudore e stato di idratazione dei tessuti, negli individui affetti da tubercolosi polmonare, giunge alla conclusione che, nonostante le sudorazioni, che in alcuni casi sono di notevole entità, non si giunge mai alla così detta « fame di acqua »; si deve quindi pensare che le forti sudorazioni non siano capaci di determinare un impoverimento di acqua in quanto nell'organismo del tbc. esiste una tale abbondanza di liquidi che non fa risentire facilmente di perdite anche cospicue.

Sempre secondo le idee di Stein questa eccedenza nel patrimonio idrico non può essere di natura esogena, perchè il bisogno di acqua nei malati di tbc. non supera mai quello dei sani, ma deve essere legata al ricambio materiale che è aumentato in tutte le sue componenti. E, poichè non accade mai di trovare edemi, apparirebbe chiaro che l'organismo cerca di eliminare il sopra più di acqua con l'aiuto del sudore, il quale non rappresenterebbe altro che un mezzo di difesa e di protezione contro la iperidratazione.

A questi concetti di Stein si può obiettare che le sudorazioni dei tbc. non appaiono mai come espressione di un fenomeno compensatorio, ma sempre dello stato tossiemico e pertanto dovute ad un'azione di stimolo da parte di sostanze tossiche specifiche ed aspecifiche si liberano dal focolaio tubercolare. E da ritenere quindi che i sudori profusi determinano una alterazione dell'equilibrio idrico spostando il bilancio dell'acqua di alcuni tessuti verso il deficit.

Abbiamo voluto richiamare questi due elementi, febbre e sudorazioni, che appaiono in contrasto in quanto la prima tende alla imbibizione cellulare, mentre la seconda alla disidratazione, per meglio porre in evidenza come l'organismo perda quasi i suoi poteri regolatori per effetto dello stato tossiemico.

Il tipo del processo tubercolare polmonare ha anche esso una ripercussione sul ricambio idrico.

Nei processi a tipo prevalentemente essudativo, le particolari caratteristiche di organo, proprie del polmone, fanno sì che in esso la componente essudativa si svolga in modo imponente e cospicuo e tale da non trovar riscontro, fatta eccezione per quanto avviene nelle sierose, in nessun altro organo e tessuto. Il polmone così alterato richiama una notevole quantità di acqua, e, per questo fenomeno di concorrenza si crea un grave sbilancio nelle riserve idriche dei tessuti. Le ricerche di Monaldi con le prove di idratazione hanno dimostrato in alcuni particolari casi, corrispondenti a forme di tipo prevalentemente essudativo, delle vere inondazioni nel campo polmonare.

Limitandoci a questi elementi, a cui molti

altri ancora non ben chiariti potrebbero aggiungersi, si può ritenere che nella tubercolosi polmonare di tipo prevalentemente essudativo si crea uno squilibrio idrico che si ripercuote direttamente sui vari tessuti, così che appare che non tutti si comporterebbero alla stessa stregua, ma mentre in alcuni vi è deficit in altri vi può essere eccesso di acqua.

I poteri regolatori dell'organismo appaiono insufficienti di fronte a questo squilibrio, così che essi non costituiscono più una difesa ed una garanzia dell'optimum vitale di tutte le cellule.

La prova di Aldrich-Mc Clure, che mette in chiaro negli individui fortemente intossicati dalla malattia tubercolare un elemento di questo squilibrio idrico, potrebbe essere interpretata in questi casi come un segno di deficit di acqua delle cellule del tessuto cutaneo.

* * *

Per quanto sin qui è stato esposto si può concludere:

1) Che la prova di Aldrich-Mc Clure per quanto grossolana, è un buon mezzo di esplorazione dello stato di idratazione del tessuto cutaneo.

2) Che il riassorbimento della soluzione fisiologica iniettata non sembra dover avvenire con un unico meccanismo. Nei casi di edema può intervenire, secondo l'ipotesi già riferita di parecchi ricercatori, un fattore meccanico dovuto alla maggiore ampiezza degli spazi interstiziali più o meno dissociati dalla imbibizione idrica.

Negli altri casi dovrebbe invocarsi un altro fattore, e questo potrebbe essere dato da un fenomeno attivo cellulare, in diretta dipendenza della affinità delle cellule per l'acqua: il tempo di riassorbimento sarebbe normale quando le cellule, avendo un contenuto idrico normale, hanno scarsa avidità di acqua, e sarebbe diminuito quando trovandosi in carenza idrica, richiamano acqua con maggiore facilità.

3) La tbc. polm. per sè non comporta variazioni notevoli dell'equilibrio idrico tissurale periferico e quindi dell'equilibrio idrico generale: questo dato è confortato dalla numerosa casistica sia di soggetti passati a guarigione clinica sia di soggetti portatori di lesioni polmonari biologicamente non evolutive.

4) Nella tbc. polm. biologicamente evolutiva con tossiemia più o meno accentuata esiste uno stato di disidratazione del tessuto cutaneo, espresso da un acceleramento più o meno marcato del tempo di riassorbimento del ponfo. Ciò è indice di un profondo squilibrio idrico, con tutta certezza determinato in parte dal tipo della lesione polmonare, ma specie dalla presenza delle turbe tossiemiche. Queste agirebbero attraverso perdite di acqua per deficienza dei comuni poteri regolatori dell'equilibrio idrico, quello per accumulo nelle zone lese di cospicue masse liquide.

L'alterazione dell'equilibrio idrico è in rapporto alla entità di questi due fattori.

5) L'importanza delle turbe tossiemiche nei riflessi dell'equilibrio idrico appare in tutta evidenza nel decorso post-operatorio dei soggetti operati di toracoplastica antero laterale elastica: nel decorso normale, essendo esse del tutto transitorie, lo squilibrio idrico che si provoca appare parallelamente transitorio. Se per eventualità particolare (maggiore estensione dei fatti essudativi, disseminazione o blocchi broncopneumonici, ecc.) i fenomeni tossiemici si aggravano e durano più a lungo, più cospicui e più duraturi sono i perturbamenti dell'equilibrio idrico.

RIASSUNTO.

Gli AA. hanno studiato la prova di Aldrich-Mc Clure in un vasto gruppo di soggetti affetti da tbc. polmonare, mettendo in evidenza che in quelli passati a guarigione clinica la prova dà risultati pressochè normali, poco distanti dalla norma nelle forme di tbc. biologicamente stazionarie, mentre è notevolmente abbreviata nelle forme evolutive parallelamente all'aggravarsi dello stato tossiemico.

Il tempo di ponfo in soggetti operati di toracoplastica segue l'andamento post-operatorio, abbreviandosi maggiormente e persistentemente in quei casi che più accentuati presentano dei fenomeni tossiemici.

Posta una ampia discussione sul significato da dare alla prova, gli AA. propendono per l'ipotesi di un fenomeno attivo cellulare, in rapporto alla maggiore affinità delle cellule per l'acqua apportata dallo stato tossiemico e dal tipo della lesione polmonare.

BIBLIOGRAFIA.

Oltre alla bibliografia riportata da MESITI nel lavoro sotto citato:

BUZZI. *Sulla diffusione dei liquidi e gas nella cute edematosa.* Annali di Ostetricia, 1929.

CORRADINI C. *Ricerche sulla permeabilità delle pareti capillari.* Riv. di Clin. Med., pag. 867, 1929.

FIESSINGER, SANDER, OLIVER. *Le test de transud.* Bull. Soc. Hôp., Paris, 1926.

MERKLEN, WOLF e SCHNEIDER. *Recherches sur le temps d. resorpt. d. l. boule d'oedème, ecc.* Bull. Mèm. Soc. Hôp., Paris, 1920.

*

MESITI. *Lo stato di idratazione dei tbc. polmonari* (prova di Aldrich-Mc Clure). Policlinico, Sez. Prat., 1939.
MEYER-BISCH. *Mineralstoffweschel und Wasserhaushalt bei Tbk.* Ergebniss d. Tuberkuloseforschung, 1931, 2.
MIRCOLI. *Il ricambio idrico e la prova di Volhard nei soggetti normali.* Arch. di Patol. e Clin. Medica, 34, 13, 1933.
MONALDI V. *Fisiopatologia dell'app. resp. nella tbc. polm.* Roma, ed. Armani di M. Courrier, 1937.
ID. *Sulle caratteristiche biologiche della tbc. polm. I. Il comportamento delle proteine plasmatiche.* Annali Ist. Forlanini, 1937, n. 2, pag. 39.
ID. *Sulle caratt. biol. della tbc. polm.* II *Variazioni di quadri radiol. con modif. dell'equil. idrominerale.* Annali Ist. Forlanini, 1937, n. 3, pag. 37.
MONALDI, TORELLI e GUGLELMETTI. *Rilievi radiol. sul comportam. delle lesioni tbc. del polm. di fronte a squilibri idrominerali.* Annali Ist. Forlanini, 1937, n. 10, pag 1
MORAWITZ e NONNEBRUCH. *Pathologie d. Wasser — und Mineral — stoffwechsel.* Oppenheimer, Handbuch d. Biochemie, 1925, 8 B.
SCAFFIDI. *Il contenuto di acqua della cute e dei muscoli*, Riv. di Patol. sperim., 1930, 5.
STEIN. *Untersuchungen über Wasserhaushalt bei Lungentbk.* Weiner Klin. Woch., 1930, 36.
VILLA. *Ricambio idrico.* Fisiopatologia e Clinica Vallardi, 1932.

PROSPETTIVE

ISTITUTO DI ANATOMIA CHIRURGICA
E CORSO DI OPERAZIONI
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore Inc.: Prof. dott. E. FIORETTI.

L'anatomia chirurgica.

(Evoluzione storica ed importanza nell'attuale insegnamento).

E. SCAVO, aiuto e libero docente.

Il concetto di perseguire lo studio della struttura del corpo umano per trarne cognizioni preziose ai fini dell'istintivo bisogno di curare e di guarire, è antichissimo e certo fu nel pensiero dei chirurgi delle civiltà Egiziana, Greca e Romana.

È superfluo ricordare lo splendore della Scuola Medica Alessandrina cui appartennero Erofilo ed Erasistrato che si dice abbiano spinto il loro interesse scientifico fino alla vivisezione umana.

Per rimanere in epoca di più sicure conoscenze storiche, diremo che Galeno fu il primo ad affermare che ogni progresso della chirurgia è strettamente legato alle conoscenze anatomiche.

Per l'ignoranza dell'anatomia — Egli scrive — *possiamo essere troppo timidi nelle operazioni sicure, temerari ed audaci nelle più difficili ed incerte* (De anatomica Administratione).

Questo grande medico dell'antichità infatti, intraprende un viaggio ad Alessandria per vedere uno scheletro umano completo e si reputa fortunato per aver potuto osservare i resti di un cadavere.

Tornato a Roma, seziona scimmie, cani e ruminanti e crea un'anatomia che farà testo per 12 secoli. Nello stesso tempo, giovandosi delle cognizioni anatomiche acquisite, pratica la resezione costale sottoperiostea rendendosi conto della formazione del pneumotorace, opera il gozzo mettendo in guardia sul pericolo della sezione del ricorrente, lega le arterie.

Dopo Galeno, le credenze religiose e la superstizione rappresentarono un ostacolo ad ogni progresso degli studi anatomici che non trovarono adeguato svolgimento neanche tra gli arabi. Questi per altro trascurarono anche la chirurgia e quando la esercitarono lo fecero fondandosi sull'empirismo e non su osservazioni scientifiche.

Per l'abbandono completo degli studi anatomici e chirurgici, che segue a Galeno, bisogna arrivare al 1224 per trovare un richiamo alla necessità, per il chirurgo, di buone conoscenze anatomiche.

È questo un decreto di Federico II di Svezia che, nell'intento di riorganizzare e promuovere gli studi della Scuola Salernitana, permette l'esercizio della chirurgia solo a chi *praesertim anatomiam humanorum corporum in scholis didicerit et sit in ea parte medicinae perfectus, sine qua nec salubriter incisiones fieri poterunt, nec factas curari.*

Ma un così saggio decreto, che avrebbe potuto apportare notevoli progressi all'arte chirurgica, rimase un richiamo senza eco.

Per tutto il Medio Evo infatti, gli insegnamenti dei testi classici costituirono la sola base delle applicazioni medico-chirurgiche e tale studio fu quasi un monopolio degli Ecclesiastici ai quali le decisioni del Concilio di Tours (1163) vietavano di praticare le sezioni dei cadaveri e qualsiasi operazione che desse luogo a spargimento di sangue.

Si spiega così perchè le opere chirurgiche uscite durante il XIII secolo dalla Scuola Salernitana (Ruggero da Salerno, Rolando da Parma) e da quella Bolognese (Ugone da Lucca, Teodorico da Cervia, Guglielmo da Saliceto), pur seguendo nella esposizione un ordine topografico, sono opere di pura tecnica chirurgica senza premesse anatomiche.

Vi si descrivono le legature delle arterie, le suture intestinali e gastriche, l'asportazione

delle cisti della tiroide, l'asportazione di calcoli vescicali con taglio perineale paramediano; e qualche riferimento all'anatomia si trova solo nella IV parte della « Cyrurgia » di Saliceto.

È tra la fine del XIII secolo e l'inizio del XIV che lo Studio Medico di Bologna ha ragione di ogni pregiudizio sull'inviolabilità dei cadaveri ed è possibile a Mondino de' Liuzzi di riprendere pubblicamente l'uso della dissezione umana interrotto da 16 secoli cioè dai tempi di Erofilo ed Erasitrato.

Nasce così nel 1315 il primo trattato di anatomia frutto di osservazione diretta: l'*Anatome omnium humani corporis membrorum* del Mondino, nel quale non solo viene seguito un ordine anatomo-topografico, ma si fanno spesso accenni alla fisiologia, alla patologia e alla tecnica chirurgica.

E si crea attorno al Mondino una scuola di chirurgi dalla quale avranno origine anche Henry de Mondeville e Guy de Chauliac considerati come i più grandi esponenti della chirurgia francese del XIV secolo.

Ma il progresso dell'anatomia rimane ancora nelle pastoie dogmatiche ed è solo nella seconda metà del XV secolo con Antonio Benivieni ed Alessandro Benedetti (fondatore del primo teatro anatomico di Padova) che esso si libera da ogni riflesso arabistico e galenico, si affida completamente all'osservazione scientifica e comincia a rettificare errori ed inesattezze. Con questi due tenaci assertori della necessità di esatte conoscenze della struttura del corpo umano, inizia il Rinascimento dell'anatomia e della chirurgia, chè ambedue furono anatomici e chirurgi ad un tempo. È proprio al Benivieni che si deve l'applicazione della legatura dei vasi ai monconi di amputazione che fù poi attribuita ad Ambrogio Parè.

Ed anatomico e chirurgo fu Jacopo Berengario da Carpi che mentre mette in evidenza la impervietà del setto atrio-ventricolare e descrive le cartilagini aritenoidi e l'appendice cecale, studia la dottrina delle lesioni del capo e quella delle ferite d'arma da fuoco. Egli fu salutato dal Falloppio « il primo restauratore dell'anatomia » e dallo Sprengel « il più degno predecessore di Vesalio ».

È appunto con Andrea Vesalio che l'anatomia galenica riceve l'ultimo colpo e si inizia quella meravigliosa schiera di scienziati che nel termine di un secolo spingerà la sua indagine su tutti gli organi ed apparati e creerà l'anatomia moderna.

R. Colombo, G. Falloppio, B. Eustachio, G C. Aranzio, C. Varolio, A. Cesalpino, G. Fabricio d'Acquapendente, G. Casserio, A. Spigelio, G. Aselli, W. Harvey, per non citarne che alcuni, alla fine della prima metà del XVII secolo hanno già fatto dell'anatomia una scienza vasta e complessa che M. A. Severino filosofo, anatomico e chirurgo degli Incurabili di Napoli, ha inquadrato nella biologia generale additandole la via della comparazione come fecondo metodo di studio.

Nella seconda metà del secolo le scoperte anatomiche si susseguono rapidamente e mentre Marcello Malpighi spinge la sua indagine fino allo studio della struttura microscopica degli organi, nasce il bisogno di concludere in una breve sintesi tutto quanto delle conoscenze anatomiche ha stretta attinenza colla chirurgia.

È un romano che avverte questa necessità, un chirurgo degli Ospedali di Roma, allievo di G. M. Lancisi: Bernardino Genga. Egli nel 1672 pubblica il primo trattato di Anatomia Chirurgia con lo scopo *di fare un ristretto di tutte quelle cose la cognizione delle quali ho stimato assolutamente necessaria al chirurgo* e, precisa nella prefazione, *non intendo però voler asserire che l'essere versato nell'anatomia di tutte le parti non sia al chirurgo un grande vantaggio, ma solo di additare che di quelle almeno delle quali discorro deve ciascuno che professa tale arte avere piena cognizione*. E più avanti, rivolgendosi agli studenti di anatomia e chirurgia dell'Ospedale di S. Spirito, li esorta a studiare l'anatomia chirurgica non solo teoricamente, ma con esercizi pratici sul cadavere.

Ancora oggi la lettura di questo piccolo trattato è interessante e piacevole per il suo contenuto ricco di osservazioni e di consigli sempre di attualità. Nell'esposizione Egli segue un criterio più descrittivo che topografico.

Tratta prima del sistema osseo e alla descrizione anatomica, intercala nozioni di patologia e di tecnica chirurgica.

Così, nel descrivere la volta cranica si intrattiene sulle lesioni di essa riportando due osservazioni personali di frattura con fuoriuscita di sostanza cerebrale seguite da guarigione; e illustra accuratamente la tecnica della trapanazione del cranio.

A proposito della mandibola, ne ricorda la lussazione e dà le norme per la sua riduzione; si intrattiene poi sui denti, sulle disodontiasi, sulle estrazioni e relativi pericoli.

Studia la colonna vertebrale nel suo insieme e le vertebre in generale e in particolare ed accenna alla lussazione delle due prime cervicali.

Alla descrizione dello sterno unisce la proiezione su di esso degli organi del mediastino anteriore e ciò ai fini della valutazione dell'importanza delle ferite della regione.

Parlando del femore ne precisa la direzione e raccomanda ai chirurgi di tenerne conto nella riduzione delle fratture.

Venendo a trattare dei muscoli richiama l'attenzione sulla necessità di conoscere l'azione di ciascuno di essi, parla del tono muscolare e trova il modo di avvertire i chirurgi che, ove debbano farsi strada attraverso uno strato muscolare, è meglio farlo mediante lo sfibramento e non con la sezione in senso normale al decorso delle fibre. E via via nei vari capitoli all'esposizione anatomica si combinano i consigli di tecnica e le deduzioni semeiologiche e patogenetiche.

L'attenzione del lettore è ancora richiamata: sui pericoli di lesione dell'arteria ascellare nell'incisione di raccolte purulente del cavo; sulla possibilità di compressione del plesso brachiale nelle lussazioni della testa omerale; sui vari tipi di ernia inguinale e sulla loro diagnostica; sugli ascessi perianali e sulla necessità della loro incisione precoce; sulle fistole anali; sulle emorroidi esterne ed interne. Il volume si chiude con un indice dei principali « avvertimenti ai chirurgi ».

Questi pochi cenni sul trattato del Genga dimostrano come Egli debba considerarsi il creatore non solo del nome ma anche dell'essenza dell'anatomia chirurgica. Egli è infatti il primo che indirizza lo studio dell'anatomia alla spiegazione di fatti chirurgici per quanto essi possono riceverla dalla costituzione anatomica delle parti.

Per quanto mi risulta, prima di questo non si trova nessun trattato che si inspiri agli stessi criteri.

Qualche precedente tentativo, per esempio quello di Riolano, non ha dell'anatomia chirurgica nè il nome nè lo spirito, essendo una semplice esposizione anatomica cui, alla fine di ciascun capitolo, segue un riassunto medico-chirurgico.

E dopo il trattato di Genga dovranno passare molti anni perchè veda la luce un'altra opera che abbia identica concezione.

Nel 1718 Giovanni Palfino, considerato a torto dai più come il fondatore dell'anatomia chirurgica, pubblicò a Leida, in lingua fiamminga, un trattato di anatomia topografica con numerose applicazioni chirurgiche, in cui manca quella intima correlazione tra dati anatomici e fatti clinici che è già nell'opera del Genga.

Anche il trattato di Durand (Lilla 1774), dopo una prefazione nella quale promette di essere un buon lavoro di anatomia topografica con « osservazioni » di tecnica chirurgica, finisce per essere un'esposizione di anatomia descrittiva.

Si può dire che negli ultimi anni del secolo XVII e per tutto il XVIII non si pubblicano trattati di anatomia applicata alla chirurgia.

Però, in tale periodo in Italia si vanno perfezionando le scoperte anatomiche, si fondano le prime cattedre di operazioni e si registrano nomi come: C. Guattani, A. Nannoni, A. Bertrandi, G. Flajani.

In Francia, ove sin dal 1671 Luigi XIV aveva affidato a Dionis la cattedra di Anatomia e Operazioni, chirurgi come J. L. Petit, Louis, Desault, Sabatier, elaborano su perfette basi anatomiche nuovi processi operativi.

In Inghilterra P. Pott e G. Hunter portano il loro ricco contributo alla scienza e all'arte chirurgica.

All'inizio del XIX secolo è ancora un italiano Vincenzo Malacarne che con i suoi « ricordi di Anatomia Chirurgica » continua l'opera di B. Genga riprendendo a considerare l'anatomia come strumento della diagnostica e della tecnica chirurgica.

Quasi contemporaneamente il genio di Antonio Scarpa con le sue memorie « sulla legatura degli aneurismi », « sulla legatura delle principali arterie degli arti », « sulle ernie », scrive capitoli di anatomia che rappresentano pietre miliari nel cammino della chirurgia.

Il sorgere del XIX secolo segna ovunque l'affermazione dell'anatomia chirurgica che costituisce nelle Università una materia base per l'insegnamento clinico.

In Inghilterra Burns e Colles; in Germania Rosenthal e Bock; in Francia Dupuytren e Roux cercano nelle osservazioni anatomiche la spiegazione di fatti patologici e le vie d'accesso più razionali agli organi profondi.

E nasce finalmente in Francia nel 1825-26 un vero trattato, del quale si moltiplicheranno le edizioni e le traduzioni, scritto con lo scopo di *spiegare mediante l'anatomia le molte particolarità di patologia, di chirurgia, di medicina operativa, che si riferiscono all'apprezzevole condizione degli organi.* E il trattato di Velpeau.

In esso da prima vengono presi in esame da un punto di vista generale la cute, il sottocutaneo, le aponeurosi, i muscoli, le arterie, le vene, i linfatici, i nervi, lo scheletro, le articolazioni. A proposito di ciascun sistema vengono fatte quelle considerazioni e quelle deduzioni d'indole chirurgica che sono inerenti ai caratteri morfologici e strutturali propri di esso.

La seconda parte è un'esposizione di anatomia topografica che ubbidisce al quesito di Chaussier « dato un istrumento che attraversi il corpo in un punto e in una determinata direzione, indicare quali parti rimangono interessate ».

A questa esposizione si compenetrano intimamente nozioni di patologia e di tecnica e descrizioni di vie d'accesso e casi clinici riportati succintamente. E la fusione della parte descrittiva con quella delle applicazioni è così armonica, così bene equilibrata, che ne risulta un trattato completo quale solo un provetto chirurgo ed un profondo conoscitore dell'anatomia potevano scrivere.

È questo il primo di una lunga serie di trattati che si pubblicheranno per tutto il XIX secolo in tutti i paesi d'Europa. Blandin, Milne Edwards, Lebudy, Malgaigne, Cooper, Wilson, Petrequin, Bourgery, Ross, Jarjavoy, Hirtl, Richet, Maclise, Führer, Roser, Engel, Pitha e Billroth, Paulet, Burger, Auger, scrivono opere di anatomia chirurgica.

Ma nella seconda metà del XIX secolo si susseguono rapidamente alcuni avvenimenti che permettono alla chirurgia le più grandi realizzazioni. L'introduzione dell'anestesia, delle pinze emostatiche e delle pratiche dell'antisepsi prima e dell'asepsi dopo, spingono fino ai più grandi orizzonti il raggio d'azione della chirurgia.

Sopratutto la possibilità di eliminare il dolore operatorio e quella di prevenire l'infezione delle ferite, costituiscono i piloni di appoggio del rinnovamento della vecchia e della creazione della nuova tecnica.

L'uomo, che sin dall'êra neolitica operava la trapanazione del cranio, aveva già saggiato, attraverso millenni, i campi della chirurgia che corrispondono a necessità contingenti. Il parto cesareo, le amputazioni ossee ed articolari, l'asportazione della cateratta, dei calcoli vescicali, della mammella e dell'utero neoplastici, lo sbrigliamento delle ernie, le plastiche cutanee, le suture intestinali e gastriche, l'apertura di empiemi pleurici, erano stati operati in tempi anche remoti, ma sempre con scarsi successi.

In virtù delle nuove risorse alcune di queste operazioni diventano le più semplici e non danno che nessuna o scarsa mortalità; altre si rinnovano attraverso tecniche più appropriate ed altre ancora se ne creano che si sarebbero credute impossibili. Le grandi cavità del corpo: il cranio, il torace, l'addome sono aggredite con successo dai chirurgi; ciò aumenta enormemente il numero delle malattie suscettibili di guarigione mediante l'intervento dell'arte e nasce la chirurgia dei tumori intracranici, quella del cuore, di tutti i visceri toraco-addominali, dei trapianti.

Di fronte a un così rapido sviluppo della tecnica, non può meravigliare che si accentui quella divisione dell'Anatomia chirurgica, già iniziata da Sabatier, in Medicina operatoria e Anatomia topografica o delle regioni.

Tale scissione corrispose ad un bisogno di divisione di lavoro in un periodo in cui l'accrescersi delle cognizioni fu così rapido da rendere difficile e quasi impossibile l'abbracciarle tutte in una visione d'insieme.

Alla Anatomia Topografica fu devoluto l'ufficio di sintetizzare le nozioni di descrittiva. Tale sintesi nasce da una divisione della superficie del corpo in regioni e dallo studio di queste nella loro forma, nella sovrapposizione dei vari strati e nelle relazioni e nei rapporti che i vari organi, in esse contenuti, contraggono tra loro. Per renderla più aderente alle esigenze della pratica, le furono sempre associati riferimenti alla patologia e alla medicina operatoria sì che tutti i trattati classici della seconda metà del XIX secolo portano un sottotitolo: « Con applicazioni chirurgiche » o « medico-chirurgiche », o « di Anatomia Applicata ».

Ai fini pratici però, non è possibile non rilevare che lo studio topografico si basa su un'artificiale divisione in regioni e trae le sue osservazioni esclusivamente dal cadavere.

Alla Medicina Operatoria fu assegnato il compito di descrivere le varie manualità tecniche necessarie in chirurgia e la successione dei vari tempi di ogni procedimento operativo.

Ma in Italia, questo insegnamento fu dopo il 1900 lentamente sminuito nella sua alta e benefica funzione e nel 1932 la Medicina operatoria in alcune Università non si insegnava affatto, in altre era rappresentata da un corso di esercizi di operazioni d'anfiteatro tenuto da assistenti della clinica chirurgica.

Un recente provvedimento (1935) del Consiglio Superiore dell'Istruzione affrontando il problema di riordinamento degli studi medici, abolì l'insegnamento dell'anatomia topografica e della medicina operatoria, creando la cattedra di « Anatomia Chirurgica e Corso di Operazioni » e considerandola materia complementare del V anno.

Malgrado tale classifica ci sembri insufficente per una materia nata dalla fusione di due discipline fondamentali per ogni conoscenza chirurgica, non si può non rilevare che il provvedimento rappresenta un primo passo verso una migliore considerazione della sua grande utilità ed importanza. Questa utilità trae origine dal concetto che essa deve considerarsi un insegnamento propedeutico di

tecnica operatoria. Infatti essa comprende due parti:

1) L'Anatomia Chirurgica;

2) Il Corso di Operazioni.

L'Anatomia Chirurgica, a differenza della sistematica e della topografica, è l'anatomia studiata con l'intento di sintetizzare in un corpo di dottrina tutte quelle nozioni che presentano un particolare interesse dal punto di vista della patologia, della semeiotica, e della tecnica chirurgica. Per tanto, essa deve tenere conto non solo dei dati forniti dalla dissezione anatomica ma anche di quelli che emergono dalla anatomia patologica e radiologica, dai reperti endoscopici e dall'esame degli organi fatto al tavolo operatorio.

Non c'è chi non possa vedere l'utilità di un tale insegnamento e la differenza sostanziale che intercede tra questo e quello che può tenersi nell'anfiteatro anatomico da Chi, dedito alla ricerca scientifica pura, non è indotto a trarre dalla corsia e dalla sala operatoria tutti quegli ammaestramenti ed elementi utili ai fini di una sintesi pratica da offrire agli studenti. La prefazione di Gregoire al suo recente trattato di Anatomia Chirurgica è in questo senso particolarmente suadente.

La seconda parte dell'insegnamento è costituita dal Corso di Operazioni. Come ho già detto esso va inteso come un corso di preparazione e non come un sinonimo di tecnica chirurgica o meglio operatoria, poichè quest'ultima rappresenta il 90 % della terapia chirurgica e come tale rientra nei compiti del clinico.

Il concetto di tecnica infatti non può essere separato da quelli di indicazione, di scelta del momento più opportuno, del tipo di intervento più adatto e di esecuzioni di tutte quelle particolarità (operazione in uno o più tempi, chiusura per prima, drenaggio, ecc.) e di tutte quelle cure pre- e post-operatorie che variano necessariamente da soggetto a soggetto. Così giustamente intesa la tecnica chirurgica non può essere insegnata che dalla Cattedra di clinica.

Solo il Clinico, al vertice di una piramide costruita sulle varie scienze fondamentali, ha una visione panoramica di tutte e può stringerle in una sintesi che, applicata al caso singolo, è la sola a indicare la migliore soluzione del problema terapeutico.

Vale cioè per la chirurgia quel che è già per la medicina. Il Clinico medico che termina la sua lezione con l'esposizione dei provvedimenti terapeutici presi o da prendersi, sa bene che la maggior parte degli studenti è a conoscenza di quelle nozioni di farmacologia, immunologia, incretologia, che costituiscono il fondamento di ogni terapia medica. Egli non avrà che ad illustrare la indicazione e la tecnica di somministrazione dei vari medicamenti.

In maggiori difficoltà viene a trovarsi il Clinico chirurgo ove non trovi il suo uditorio sufficientemente preparato ad ascoltarlo e a comprenderlo. Questa mi sembra la ragion d'essere del « Corso di Operazioni ». Si potrebbe dire che tale insegnamento stia alla tecnica chirurgica come quelli di farmacologia, immunologia, incretologia, stanno alla terapia medica. Esso dovrebbe dunque essere non un cattivo doppione di quello che solo dalla Clinica può e deve partire, ma un corso di propedeutica, di educazione alla tecnica chirurgica.

Il compito del Maestro di Clinica, senza essere affatto sminuito, non può che essere facilitato dal sapere che gli studenti, ai quali si rivolge, hanno già appreso in altre scuole quanti tipi di anestesia esistano e come si pratichino; quante diverse suture sia possibile fare, a quali scopi tendano e come si eseguiscano; che cosa sia una resezione o un'amputazione; in che cosa consista un'entero-anastomosi e a quali esigenze funzionali debba ubbidire, ecc.; quali siano insomma il fine, le regole generali di tecnica e il substrato anatomico dei principali e più comuni interventi.

Tanto più salde saranno queste nozioni, tanto più proficuo sarà l'ammaestramento clinico.

Delimitato così il raggio d'azione di questo insegnamento è opportuno vedere con quale metodo, a nostro avviso, occorre perseguirne lo studio.

È chiaro che trattandosi di una materia per la quale è sopratutto necessario *« saper fare »*, lo studio dovrà esserne essenzialmente pratico. Esso pertanto si baserà:

1) Sull'illustrazione dell'anatomia chirurgica con dimostrazioni pratiche su preparati eseguiti con criteri adatti e diversi da quelli che guidano nelle dissezioni di sistematica o di topografica.

2) Esecuzione sul cadavere di tutte quelle operazioni della Medicina Operatoria classica (suture, legature, amputazioni, resezioni, ecc.) indispensabili per fissare rapporti anatomici importanti e per acquistare la pratica necessaria in quelle manualità che costituiscono buona parte dell'abilità dell'operatore.

3) Esecuzione di alcune operazioni sull'animale da esperimento, con lo scopo di acquistare familiarità con l'uso di alcuni strumenti (emostasi) e con alcune tecniche (p. es.

suture intestinali) che si eseguiscono male sui tessuti morti.

4) Frequenza della sala operatoria, onde fissare indelebilmente la tecnica di quegli interventi che pur essendo tra i più semplici sono molto spesso i più utili: epicistotomia, colostomia, appendicectomia, sbrigliamento delle ernie strozzate, ecc.

Entro questi limiti e con queste direttive, l'insegnamento di Anatomia chirurgica e Operazioni meriterebbe di avere, anche in Italia, quel riconoscimento ufficiale che una tradizione secolare gli assegna, e che la necessità di preparazione dei giovani reclama.

Roma, febbraio 1940, XVIII.

RIASSUNTO.

L'A. fa una rapida rassegna storica sull'evoluzione dell'Anatomia Chirurgica e rivendica a Bernardino Genga il merito di avere per primo sintetizzato in un corpo di dottrina tutte quelle nozioni di anatomia che presentano un particolare interesse dal punto di vista della patologia, della semeiotica e della tecnica chirurgica. Mette poi in evidenza l'alto valore didattico e pratico di tale disciplina e ne esamina la posizione nell'attuale ordinamento degli studi concludendo che « l'Anatomia Chirurgica e Corso di Operazioni » deve considerarsi un insegnamento propedeutico di tecnica chirurgica.

SUNTI E RASSEGNE

SEMEIOTICA.

Il significato dei sintomi oculari nei traumi cefalici.

(ROHRSCHNEIDER, *Medizinische Klinik*, 16 febbraio 1940).

L'accertamento dei sintomi oculari nelle affezioni traumatiche del cranio ha una notevole importanza sia dal punto di vista diagnostico che da quello prognostico. Esso richiederebbe l'intima collaborazione dell'oculista e del chirurgo, ma tenuto conto che questi può trovarsi di fronte a casi che richiedono un intervento urgente è necessario che sia capace di rilevarli senz'altro e di riconoscerne il significato.

Le fratture del cranio, e specialmente quelle della base, possono determinare emorragie nelle palpebre e nelle congiuntive nonchè lesioni dei nervi oculari.

Caratteristiche delle fratture della base sono le così dette ecchimosi ad occhiale, che sono provocate dalla raccolta sottocutanea di sangue non oltrepassanti il limite delle palpebre superiore ed inferiore. Tali ecchimosi sono in rapporto alla rottura di piccoli vasi decorrenti tra le ossa e la dura madre: il sangue si spande negli spazi dei tessuti circostanti e dopo qualche tempo si rende visibile sotto la pelle. Kehl ha dimostrato che lo spandimento di sangue può verificarsi sotto la congiuntiva bulbare e può manifestarsi verso l'inserzione del retto esterno e l'orlo temporale della cornea. È a tenere presente che questa ecchimosi oculo-palpebrale può verificarsi a seguito di qualsiasi trauma che abbia agito nelle vicinanze degli occhi anche senza produrre lesioni ossee. Ogni oculista sa che alterazioni del genere sogliono prodursi durante e dopo gli interventi sul sacco lagrimale. L'ecchimosi oculopalpebrale o ad occhiale può ritenersi sicuramente un effetto di una frattura delle ossa craniche solo in assenza di un'azione traumatica diretta sulle palpebre o nelle loro vicinanze, e quando compare circa 24 ore dopo il trauma.

Altrettanto importanti per la diagnosi di frattura cranica sono le lesioni dei nervi oculari. Secondo Uhthoff la frequenza di tali lesioni per ciascun nervo è la seguente: Facciale 22 %; Ottico 4 %; Abducente 4 %; Oculomotore comune 2 %; Trocleare 1 %; Trigemino 1,6 %.

La maggiore frequenza delle lesioni del facciale si spiega con i maggiori rapporti di questo nervo con le ossa.

Naturalmente le paralisi conseguenti corrispondono al punto nel quale il nervo ha rapporti con l'osso fratturato. Quindi le paralisi a tipo nucleare o sopranucleare non possono essere indici di frattura della base, ma sono sintomi di contusioni del cervello.

Come si è detto le emorragie palpebrali e congiuntivale non costituiscono un sintoma sicuro ma possono essere rilevati anche negli individui che hanno perduta la conoscenza. Invece le paralisi dei nervi oculari non sono in genere accertabili nello stato d'incoscienza, in quanto i disturbi della funzione visiva e dei movimenti oculari non possono essere messi in evidenza senza la compartecipazione del soggetto.

La lesione del nervo ottico nelle fratture delle ossa craniche avviene per lo più a livello del canale ottico e più di rado a seguito di emorragie del nevrilemma senza fratture ossee.

I traumi sulla fronte e sull'orlo orbitario possono ledere l'ottico quando la linea di frattura si prolunga dalla volta orbitaria fino al canale ottico. Tale linea di frattura in molti casi non è rilevabile con l'esame radiologico.

I segni della lesione del nervo ottico consistono essenzialmente in disturbi della visione che si possono rilevare grossolanamente chiudendo un occhio e facendo con l'altro contare le dita della mano. L'esame oftalmoscopio nei primi giorni dopo il trauma non fa rilevare nulla di anormale, le alterazioni papillari caratteristiche dell'atrofia del nervo ottico sono apprezzabili solo 2-3 settimane dopo.

I segni obiettivi della completa interruzione dell'ottico consistono nella rigidità pupillare amaurotica: mancanza del riflesso alla luce dal lato leso e del riflesso consensuale dall'altro lato, persistenza del riflesso consensuale alla luce dal lato leso in seguito ad illuminazione dell'occhio sano. Non si può sperare nel ritorno della funzione quando l'interruzione del nervo è completa.

Talvolta, specie in seguito alle emorragie del nevrilemma, si hanno difetti parziali nel campo visivo, che sono esattamente definibili mediante l'esame campimetrico.

Talvolta vien posto in secondo tempo il quesito medico-legale se un'atrofia ottica sia effettivamente in rapporto con un trauma cefalico. Un tale rapporto si può senz'altro ammettere quando subito dopo il trauma si manifestano rilevanti disturbi visivi o la cecità di un occhio senza alcun reperto oftalmoscopico, e i segni dell'atrofia compaiono più tardi.

L'accertamento delle paralisi oculari non sempre è facile: i sintomi principali sono la diplopia e l'impossibilità di eseguire movimenti dell'occhio in un certo senso.

La diplopia anche lieve si può mettere in evidenza disponendo davanti ad un occhio del soggetto un vetro rosso ed invitandolo a guardare con ambo gli occhi una sorgente luminosa posta a circa tre metri di distanza. Muovendo la sorgente luminosa si hanno due immagini, bianca e rossa, la cui distanza varia a seconda della direzione dello sguardo.

È da notare che una diplopia presente nel primo mese dopo il trauma può scomparire dopo mesi e anni anche se persiste la paralisi del muscolo oculare che l'ha determinata.

Una speciale menzione meritano i disturbi della pupilla sia in rapporto alla sua ampiezza che alla sua motilità.

Si è già accennato alla rigidità pupillare amaurotica determinata dalla interruzione totale del nervo ottico. In tal caso è distrutto il tratto sensitivo dell'arco riflesso pupillare che decorre per la massima parte col nervo ottico. La lesione del tratto motore dello stesso riflesso si ha nelle alterazioni dell'oculomotore comune. In tal caso si ha rigidità pupillare assoluta: scomparsa del riflesso pupillare alla luce diretta e consensuale.

Il disturbo pupillare da trauma cranico più importante dal punto di vista prognostico è quello dato dall'eccitazione simpatica unilaterale negli ematomi subdurali ed epidurali. Anche in questo caso si ha una rigidità pupillare assoluta ma con meccanismo diverso: non si tratta di una paralisi dello sfintere della pupilla, ma di un eccitamento del dilatatore della pupilla.

L'ampiezza della pupilla nelle tre dette forme di rigidità si comporta nel modo seguente: *a*) nella rigidità pupillare amaurotica ambo le pupille sono ugualmente ampie o ristrette; *b*) nella rigidità pupillare assoluta è midiatrica dal lato leso; *c*) nell'eccitamento simpatico midriatico dal lato leso.

La rigidità pupillare da eccitamento del simpatico è la più importante per il chirurgo in quanto costituisce un'indicazione per un intervento inteso ad eliminare la causa dell'ipertensione endocranica costituita dall'ematoma sub- o epidurale.

Al riguardo è a rilevare che l'ipertensione endocranica è rilevata anche dalla papilla da stasi, che però compare di solito più tardi della dilatazione pupillare. DR.

INFEZIONI.

Il problema dell'influenza.

(E. HAAGEN. *Deut. Mediz. Wochenschr.*, 26 gennaio 1940).

Esiste ancora una discreta confusione e discordanza di opinioni intorno al concetto clinico ed etiologico dell'influenza intesa come unità nosologica. È bene quindi ricordare che la vera influenza, l'influenza epidemica, è causata da un virus filtrabile ed è quindi etiologicamente da separarsi da tutti i catarri febbrili di etiologia incerta. L'influenza è una malattia infettiva acuta che si manifesta soprattutto con una serie di manifestazioni catarrali delle vie respiratorie. Si devono considerare come influenza solo quei casi che iniziano improvvisamente con febbre alta, abbattimento, dolori agli arti e che decorrono con manifestazioni di faringite. La prognosi è buona se mancano complicazioni polmonari: le polmoniti che si manifestano fin dai primi giorni dànno una prognosi molto cattiva. L'agente morboso penetra nell'organismo dalle vie re-

spiratorie. L'infezione si trasmette per lo più in seguito all'inalazione di goccioline infette emesse dall'ammalato; soprattutto dai malati in forma leggera, che continuano a girare e a mescolarsi dai malati in forma leggera che continuano a girare e a mescolarsi con i sani. Forse contribuiscono a diffondere la infezione anche i portatori sani del virus: ad ogni modo la importanza di questi è grandissima dal lato epidemiologico, perchè essi conservano il virus da una epidemia all'altra. Pur riconoscendo che l'agente della influenza è un virus filtrabile, non è lecito disconoscere del tutto la importanza del b. di Pfeiffer. Esso non è l'agente della malattia, ma ha indubbiamente, nel determinismo di questa, una certa importanza ancora non del tutto chiarita. Esperienze su animali sembrano indicare che il b. di Pfeiffer agisca come « provocatore » di altri microrganismi, preesistenti allo stato latente sulle mucose e nei polmoni. I bacilli iniettati vengono rapidamente distrutti, i microrganismi esaltati manifestano la loro azione patogena nell'organismo: in vitro essi perdono subito la loro patogeneicità.

Il virus filtrabile viene invece coltivato da tutti i casi di influenza, in qualunque parte del mondo: mancano altri batteri che lo accompagnino costantemente. Il virus si trasmette a vari animali e provoca in essi manifestazioni tipiche: da essi lo si può coltivare e ritrasmettere in serie. Le alterazioni polmonari che si osservano nei topi infettati sono caratteristiche per le infezioni da virus: soprattutto grandi infiltrazioni perivascolari di cellule rotonde, ben diverse dai processi patologici provocati da altri agenti. In vitro, il virus dell'influenza si può coltivare indefinitamente con i soliti metodi delle culture di virus: per moltiplicarsi esso ha cioè bisogno della presenza di cellule viventi. Il siero di convalescenti da influenza contiene anticorpi che neutralizzano il virus, essi si mantengono alti per circa 2 mesi e poi diminuiscono. Lo stesso comportamento si osserva negli individui vaccinati con il virus. Anche la prova della deviazione del complemento dimostra la specificità del virus. Inoculato all'uomo, il virus coltivato provoca sempre una tipica influenza. In periodi di epidemia la vaccinazione con il virus aumenta la resistenza all'infezione, se essa viene eseguita agli inizi della epidemia. P.

ZONE LIMITI.

L'influenza sull'apparato digerente dei disturbi cardiaci.

(L. M. MORRISON e W. A. SWALM. *Journal Am. Medic. Assoc.*, 20 gennaio 1940).

Da tempo è stato notato un qualche rapporto tra disturbi gastroenterici e disturbi cardiaci, sopra tutto con l'angina pectoris.

Verdon dapprima e più recentemente Jackson e Cincinnati avanzarono l'ipotesi che l'angina pectoris fosse dovuta ad improvvise contrazioni spasmodiche incoordinate dell'esofago e dello stomaco, determinate dalla pressione esercitata da un accumulo locale di gas.

Tale ipotesi fu convalidata dal fatto che le eccitazioni elettriche con elettrodi posti sull'esofago producano disordini dell'attività cardiaca, nonchè dal fatto che la dilatazione pneumatica dell'esofago produce un dolore substernale con irradiazioni analoghe a quelle che si hanno nell'angina pectoris.

Inoltre clinicamente fu constatato che non di rado gli attacchi di angina cessano dopo un'eruttazione. Tale constatazione collimerebbe con l'altra che gli attacchi stessi sono più frequenti dopo i pasti e specialmente camminando dopo i pasti. E Verdon trovò anche che praticando l'intubazione gastrica durante gli attacchi più prolungati si ha un'attenuazione e anche la cessazione della crisi al momento della fuoriuscita di gas.

In alcune affezioni dell'esofago (cardiospasmo, ernia esofagea, ecc.) sono stati riscontrati da Bergmann dolori anginoidi con un complesso sintomatico dallo stesso autore chiamato « sindrome epifrenica ». Lunedei e Giannoni e Lendrum hanno riferiti casi di morti improvvise a seguito da spasmo del cardias da cause ignote. Weiss e Ferris e Iglaner e Schwartz hanno descritto forme di blocco cardiaco e di fibrillazione auricolare in casi di cardiospasmo, definendole come riflessi vagovagali o sincopi vagali. Edeiken riscontrò una vera angina pectoris in casi di spasmi del cardias.

Morrison e Swalm hanno istituiti esperimenti allo scopo di accertare il comportamento dello stomaco e dell'esofago durante attacchi tipici di angina pectoris, nonchè le contemporanee modificazioni dell' attività cardiaca.

A tale scopo introducevano nell'esofago e nello stomaco un apparecchio capace di provocarne la dilatazione a mezzo di insufflazione di aria. La pressione così esercitata era perfettamente graduabile e registrabile.

Operarono su quattro pazienti: due sofferenti di angina pectoris tipica, uno con ipertensione cardiaca ed uno con arteriosclerosi cardiaca.

I pazienti con angina pectoris (1 e 2) ebbero attacchi tipici quando la pressione esercitata a qualsiasi livello dell'esofago e dello stomaco raggiungeva i 40-60 mm. di mercurio. I pazienti 3 e 4 avvertivano solo un grave senso di pena all'epigastrio e di pienezza substernale. Contemporaneamente si registravano notevoli modificazioni dell'elettrocardiogramma, tranne che nel caso 2.

È evidente che durante la crisi di angor si ha un riflesso tra le parti superiori del tubo digerente e il cuore. Ciò è dimostrato dalle effettive ed analoghe modificazioni dell'elettrocardiogramma prodotte dalla eccitazione della

parete gastrica ed esofagea in tre dei quattro casi in esperimento.

Le vie di questo riflesso sono senza dubbio vagali e simpatiche.

I risultati sperimentali confermano i dati clinici: l'eccitazione delle terminazioni delle fibre del vago e del simpatico determinata da alterazioni dello stomaco e dell'esofago producono disturbi vasomotori della circolazione coronaria, che si traducono nello spasmo e nell'ischemia, fatti che sono la causa del dolore dell'angina pectoris e di altre disfunzioni miocardiche.

Analogamente al fatto sperimentale la produzione e l'aumento di gas nello stomaco o nell'esofago provoca la loro distensione e queste il disordine cardiaco, che può risolversi con l'angina pectoris e anche con la sincope. Reciprocamente, in conformità anche dei risultati sperimentali, le crisi anginose e sincopali possono essere alleviate o arrestate dall'eruttazione.

Si spiegano così i casi di angina pectoris o di morti improvvise che possono seguire a disturbi gastrici, alle così dette indigestioni acute.

Le indicazioni terapeutiche dell'angina pectoris quali si deducono dai fatti sopra accennati si compendiano nei seguenti principî: *a)* ridurre la sensibilità o eccitabilità del vago o del sistema nervoso autonomo; *b)* ridurre o annullare la tendenza ai disturbi motori, secretori ed in genere funzionali dell'apparato gastro-enterico; *c)* osservare l'igiene del tubo digerente allo scopo di rinnovare o minimizzare ogni infuenza nociva sul vago o sul sistema nervoso autonomo.

Per quel che riguarda il punto *a)* è da rilevare che Iglaner e Schwartz e Weiss e Ferris riuscirono con l'uso dell'atropina ad evitare completamente il blocco cardiaco negli individui con affezioni esofagee che andavano soggetti a spasmi del cardias. Ciò dimostra che le crisi consistevano in un riflesso vagovagale, scatenato dall'eccitazione dei recettori vagali dell'esofago e dello stomaco, e comprova altresì le intime relazioni del vago e del simpatico esistenti tra le parti superiori del tubo digerente e il cuore nei pazinti con disordini digestivi cardiaci. La belladonna e l'atropina sono dunque medicamenti indicati nei malati del genere.

Gli scopi designati nel punto *b)* si possono ottenere con l'uso di alcalini con l'aggiunta di preparati di calcio che hanno un'azione sedativa sul sistema autonomo, con l'uso di lassativi, di enzimi gastrici e pancreatici, e con l'uso di sedativi del simpatico come il tartrato di ergotamina e il luminal.

Le prescrizioni igieniche di cui il punto *c)* devono riguardare principalmente il regime dietetico. L'alimentazione deve essere povera di carboidrati e non deve contenere sostanze tendenti alla produzione di gas, dolci, pasticcerie e condimenti. I cibi devono essere poco abbondanti e non molto frequenti, non devono essere nè troppo caldi nè troppo freddi e devono essere molto masticati. Sono da proscriversi assolutamente le bevande alcooliche ed il tabacco. Come lassativi si adopereranno purganti leggeri (liquidi lubrificanti, acque purgative leggere, agar, ecc.). In caso di ptosi si consiglierà un'adatta cintura.

Qualora esistano affezioni addominali che possano verisimilmente essere il punto di partenza di disordini cardiaci conviene eliminarle. Al riguardo sono significativi i casi di angina pectoris e di affezioni miocardiche e coronarie guariti a seguito di colecistectomia in individui affetti da calcolosi epatica.

Va infine rilevato il fatto che l'acidosi tende ad aggravare le sindromi anginose, donde la necessità di somministrare alcalini.

La cura è completata con l'uso di diuretici e di vasodilatatori e con un tenore di vita che non implichi sforzi fisici e mentali.

DR.

DIVAGAZIONI

Resistenza e difesa contro le infezioni nei vegetali.

È interessante il seguire i processi con cui i vegetali si difendono dagli assalti dei germi infettivi e le condizioni per cui, invece questi attecchiscono; vi ritroviamo dei fatti analoghi a quelli che si osservano nella patologia umana ed animale in genere e possono servire ad una migliore reciproca comprensione.

V. Rivera (*IV Congr. di patologia comp.*, Roma, 1939) ha osservato che le specie vegetali recettive si trovano normalmente in condizioni di abituale resistenza allo sviluppo del virus. Questo esiste nella pianta allo stato latente, ma si stabilisce un equilibrio di convivenza fra di esso e le cellule della pianta quando queste si trovano nelle migliori condizioni, quali possono rilevarsi dal massimo turgore.

Ma l'equilibrio può rompersi, per condizioni ambientali come, p. es., si verifica per la caduta di piogge fredde. Cadono allora le capacità difensive naturali e la malattia si manifesta improvvisamente e contemporaneamente in quasi tutti gli individui di una stessa coltura, probabilmente per un rallentamento del metabolismo delle cellule.

Le condizioni ambientali possono agire in due sensi: sulle cellule della pianta, alterandone il metabolismo e quindi abbassandone le capacità difensive e sul parassita, favorendone la moltiplicazione. È così che si verificano delle epidemie quando, a caldi improvvisi che deprimono il metabolismo della pianta, succede un periodo di umidità favorevole alla germinazione del parassita.

Per quanto gli organismi animali siano molto meno legati all'ambiente di quanto non lo siano quelli vegetali, vengono ovvii i raffronti di queste osservazioni con quanto si verifica in patologia umana, sia per la simbiosi innocua dei virus nell'organismo in condizioni normali, sia per il loro attecchimento, sia infine per lo sviluppo di certe epidemie, per esempio influenzali in primavera dopo abbassamenti di temperatura successivi a periodi di temperatura mite.

Interessante è poi il seguire i processi con cui la pianta impedisce il diffondersi del virus nel suo organismo: a notevole distanza delle parti già colpite ed ingiallite, essa prepara una barriera di cellule morte per tutta la larghezza della lamina fogliare che impedisce l'ulteriore propagazione del virus. Il moncone di foglia ammalata rimane collegato con la parte sana, solamente attraverso alcune fibre e fasci di vasi che non adducono più linfa alla parte ammalata che se ne distacca.

Difesa per auto-amputazione, con la morte organizzata dalla pianta di poche file di cellule, a distanza del punto colpito. *fil.*

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Dott. ALDO AVONI. *Le Contusioni dell'Addome* (2ª edizione), pagg. 162 con 24 figure nel testo. Ditta Luigi Pozzi, Editore, Roma 1939. Prezzo L. 30.

Riportiamo la prefazione con la quale il Chiar.mo prof. G. Bolognesi presentò il volume del prof. Avoni, nella sua I edizione:

Il dott. Aldo Avoni libero docente di Patologia alla R. Università di Bologna, non ha bisogno di essere presentato al lettore: egli fu già aiuto del prof. Umberto Monari, il quale nella scuola di G. F. Novaro, il grande vegliardo della chirurgia italiana portò l'arte operatoria al sommo grado della perfezione; e aiuto fu pure nell'Istituto di Patologia chirurgica della R. Università di Bologna, allora diretta dal prof. Alfonso Poggi, nostro comune maestro, di cui l'eco ancora risuona del mirabile insegnamento della vera chirurgia dimostrativa.

Non dunque l'autore, ma questa sua opera sopra « le contusioni dell'addome » io intendo presentare al lettore.

Il dott. Avoni ha raccolto in questa sintesi veramente notevole delle più varie lesioni a tipo contusivo dell'addome quanto può oggi interessare sia il chirurgo ospitaliero che il clinico su l'importante argomento.

Il lavoro è diviso in una parte generale e in una parte speciale. Nella prima premesse le necessarie nozioni anatomofisiologiche su le pareti e sul contenuto dell'addome vengono esposte le generalità su le contusioni addominali: contusioni con lesioni viscerali, le une e le altre trattate in modo completo sia dal punto di vista anatomo-patologico sia dal punto di vista clinico e terapeutico.

Nella seconda parte si trovano esposte le contusioni dell'addome in particolare, le quali interessano più da vicino il chirurgo nella pratica quotidiana di tale importante capitolo della traumatologia. I singoli capitoli riguardano più particolarmente le contusioni dello stomaco, del duodeno, del digiuno-ileo, del grosso intestino, della appendice cecale; le contusioni erniarie, le contusioi del diaframma, del mesentere, dell'omento; le contusioni della vescica urinaria, del fegato, delle vie biliari extraepatiche della milza, del pancreas, del rene, dell'uretra, dell'utero.

Per ognuno di tali capitoli, il lettore troverà qui raccolte in maniera veramente sobria e completa, tutte quelle nozioni di patologia e di clinica che altrimenti dovrebbe, caso per caso, ricercare delle numerose monografie esistenti sull'argomento: il lavoro colma veramente una lacuna esistente nella letteratura chirurgica. E spesso l'autore porta nei giudizi sintetici su singoli capitoli il frutto della propria esperienza personale, il che rende maggiormente pregio al lavoro.

La etiopatogenesi, la anatomia patologica, la sintomatologia e sopratutto la diagnosi e il trattamento di tante lesioni contusive spesso non facili ad essere ben identificate e curate, sono esposte, in modo ordinato e succinto, in questa monografia che riuscirà senza dubbio di grande utilità per lo studioso e, sopratutto, per il chirurgo pratico.

Il dott. Avoni ha compiuto quindi un'opera di vero interesse chirurgico. E noi dobbiamo essergli grati di questa bella sintesi clinica sopra un argomento che ogni giorno più diventa di attualità nel turbine della vita moderna.

Prof. GIUSEPPE BOLOGNESI
Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università di Siena.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

H. GERBIS e R. KOENIG. *Drucklufterkrankungen.* Vol. in-8° di 196 pagg., con 22 figg. G. Thieme, Leipzig, 1939. Prezzo RM. 7,85.

Le applicazioni del lavoro in aria compressa vanno sempre più diffondendosi, specialmente per le fondazioni di ponti, edifici, ecc. È noto che tali lavori, in cui la pressione può salire anche ad oltre 3 atmosfere, possono presentare seri pericoli per la salute del lavoratore, particolarmente per l'embolia di azoto, se non si osservano le necessarie cautele; ed è noto, altresì, che non tutti gli individui possono resistervi.

Da ciò la necessità anzitutto di un'accurata selezione degli individui in modo da escludere

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

i non adatti, nonchè l'adozione di dispositivi e di regolamentazioni tali da impedire il verificarsi di incidenti morbosi; nel caso, poi, che questi si avverino, il medico deve provvedere al soccorso ed alla cura e stendere in seguito la perizia infortunistica.

A tutti questi requisiti risponde bene questo libro di Gerbis (consigliere medico per l'industria) e di König (capo dell'Ufficio per la salute del popolo a Monaco di Baviera). Il primo esamina il lavoro sotto pressione, in genere, passando poi allo studio della genesi e dell'essenza della malattia dei cassoni, che poi descrive nelle sue particolarità e conseguenze.

La pratica dimostrazione del compito affidato al medico in questo campo ci è mostrata da König, con la descrizione degli impianti e dei casi osservati in occasione della fondazione di 7 piloni per il ponte di un'autostrada, per cui si è arrivati alla profondità di 30 m.

Si accenna poi ai provvedimenti da prendere, sia profilattici che curativi e sono, da ultimo, riportate le prescrizioni e di ordini di servizio, vigenti in Germania per tale genere di lavoro. *fil.*

G. FERRARI. *Aspetti recenti della pellagra.* (Giornale Medico della Marca Trevigiana. Serie II, vol. N. 2-4-5).

Lavoro monografico di complessive 90 pagine, nel quale l'A., che è assistente nel « Pio Istituto Pellagrosario C. Gris » di Mogliano Veneto porta anche la propria esperienza, ed i dati desunti dal materiale dell'Istituto. Oggi che, seppure in zone limitate, si nota riapparire la pellagra là ove era scomparsa precedentemente, e che la terapia si è arricchita del valide apporto della scoperta dell'acido nicotinico, una messa a punto con aggiornamento della questione è stata opera meritoria. Ne deriva l'utilità di consultare questo lavoro per quanti vogliono approfondire le attuali conoscenze sull'argomento, la cui esposizione è fatta in modo chiaro e completo, seppure schematico. Ricchissima è la bibliografia.

M. BORTOLOZZI.

CESARE DE BERNARDIS. *Problemi delle libere professioni.* Roma, 1939. Unione Editoriale Italiana, Via Campo Marzio 24, Roma. Vol. di pag. 120, L. 10.

Il volume dell'avv. Cesare De Bernardis, si apre con una prefazione di A. Pavolini, allora presidente della Confederazione Fascista Professionisti Artisti, nella quale si afferma che attraverso il sindacalismo fascista le professioni italiane vedono maturare il giorno in cui le questioni relative alla loro vita, al loro orientamento, alla loro funzionalità, ai loro limiti troveranno una impostazione nitida e totale. Ed infatti vari dei problemi impostati dall'A. (osservatorio nazionale di avviamento e collocamento per le professioni indipendenti, perizie mediche e tariffa penale), hanno trovato o stanno per trovare — nell'ambito sindacale — una soluzione.

Altri problemi di cui si occupa l'A. (professionisti liberi e professionisti impiegati, i medici impiegati e la libera professione, i medici e le mutue di malattia) sono troppo complessi perchè se ne possa trovare rapidamente la soluzione, ma attraverso l'ampia discussione che ne fa il De Bernardis e la documentazione che egli presenta vi sono elementi per sperare, affiancando il perfezionamento della giurisprudenza e della prassi sindacale, per delle nette chiarificazioni. G. A.

MAZZITELLI M. *La cura dell'anchilostomiasi.* Vol. in-8°. Editore E. Bassani, Carrara, 1939. Prezzo L. 12.

L'A. presenta per i tipi Bassani un libro piccolo di mole (circa 100 pagine con 3 tavole fuori testo) ma denso di contenuto sulla cura dell'anchilostomiasi. Il Mazzitelli, direttore dell'Ufficio d'Igiene di Apuania è uno degli studiosi più competenti sull'argomento. In questo libro « veramente vissuto » egli studia con acume eminentemente critico i vari antielmintici e i loro modi di somministrazione. Dopo aver parlato degli antielmintici della serie aromatica (timolo, beta-naftolo, chenopodio) e di quelli della serie grassa (cloroformio, tetracloroetilene), l'A. dedica un'ampia descrizione al tetracloruro di carbonio, il quale « somministrato in dosi ben determinate e con le dovute norme, a seconda dell'età e della validità organica dei soggetti, avvia alla guarigione gli ammalati di anchilostoma e disinfetta i portatori sani ». DE MURO.

IV Congresso internazionale di Patologia comparata. Vol. II. Comunicazioni. Un vol. in-8° di 435 pagg., con figg. Prezzo dei due volumi (Relazioni e Comunicazioni), L. 80.

Quando già si addensavano le nubi che opprimono ora tutto il mondo, si riunivano in questo Congresso scienziati di tutta la terra, portando in un'atmosfera serena il loro contributo per il progresso della Scienza che, come ha detto Achard nell'allocuzione inaugurale, progredisce poco a poco, spesso con lentezza, ma cammina « sempre avanti! ». Tutti uniti in questo ideale comune, gli studiosi collaboravano a questo programma, riferendo i risultati dei loro lavori e discutendone cordialmente.

Al volume precedente, di cui già abbiamo parlato, segue ora questo, che raccoglie gli Atti e le Comunicazioni, circa una sessantina, riguardanti gli argomenti dei temi di relazione e cioè: Malattie da ultravirus, Funzione degli antigeni associati, L'eredità in patologia, Progressi regressivi nella piante. Gli studiosi dei singoli problemi troveranno qui un'abbondante raccolta di lavori di notevole interesse scientifico. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La neurosi del ganglio solare.

Facile è confondere dice J. Vorschuetz (*Zentralblatt für Chirurgie*, maggio 1939, n. 19) il quadro clinico dato dalla neurosi del ganglio solare con il quadro clinico di una qualsivoglia affezione addominale specie se acuta. La possibilità di errore è grandissima solo se si ricordino le connessioni nervose dei vari organi e se ancora si ricorda che tale ganglio funziona in un certo qual modo da stazione nervosa intermedia. La diagnosi differenziale è tanto difficile che Reichel non esita ad affermare che qualora egli avesse operato per errore un paziente affetto da neurosi del ganglio, il prossimo caso che gli si presentasse egli non esiterebbe un istante a rioperarlo. L'A. dopo aver brevemente ricordato sia l'anatomia che la fisiologia del ganglio e delle sue terminazioni, dopo aver dato un breve quadro delle affezioni morbose che possono confondersi con la neurosi del ganglio stesso crede sulla base della sua esperienza personale di concludere quanto segue.

Se le condizioni generali del paziente (facies, temperatura, polso, leucocitosi, resistenza della parete addominale ecc.) non siano tali da richiedere l'intervento immediato, si può fare una « guardia armata » sorvegliando oltre allo stato generale, l'ascesa del polso e controllando la leucocitosi.

L'A. è arrivato a queste conclusioni in base all'osservazione di sette casi personali: nel primo di questi pazienti fu praticata una laparatomia che si dimostrò essere stata perfettamente inutile, nel secondo invece si attese per 24 ore ed essendo il polso salito da 80 a 100 e la leucocitosi a 15.000 si intervenne e non si trovò una peritonite libera ma solamente un ascesso chiuso nella vicinanza del piloro, proveniente da una ulcera; negli altri 5 casi nei quali si fece la guardia armata e nei quali la diagnosi era stata posta esattamente si potè evitare l'intervento ed i pazienti furono trattati con rimedi conservativi. A. DORIGO.

L'emorragia cerebrale. Dati statistici anatomopatologici.

A Selvini pubblica una breve rassegna (*Arch. It. di An. e Ist. Pat.*, X, vol. X, n. 6, dicembre 1939) su questo argomento, che nell'ultimo ventennio ha subito notevoli rimaneggiamenti.

Il concetto classico della rottura arteriosa improvvisa viene oggi impugnato. Mai si potè dimostrare la rottura vasale, e le gravi lesioni delle pareti vascolari non hanno importanza nella patogenesi, in quanto sono secondarie al focolaio emorragico e non primitive. Nemmeno l'arteriosclerosi viene considerata il fattore etiologico principale.

La vera rottura vascolare primitiva è molto rara, e con sintomatologia a sè, in quanto si succederebbero prima sintomi focali, poi ipertensione cranica, da ultimo coma. A tale sindrome andrebbe, sec. Alajouanine il nome di ematoma intracranico. Così pure l'ipertensione arteriosa ha certamente un'importanza notevole, ma attraverso un meccanismo che non deve esser molto semplice. Infatti, in condizioni sperimentali, quasi mai si riesce ad ottenere la rottura delle arterie cerebrali, sottoponendole a pressioni anche molto elevate.

Due sono le teorie moderne.

La prima, sec. Rosenblath, ammette una angionecrosi dall'esterno all'interno per un'alterazione del parenchima cerebrale a causa di una sostanza tossica nefrogena. Tuttavia si può opporre che nei casi acuti manca tale necrosi vasale, che appare invece secondaria al difetto di nutrizione stabilitosi nelle vicinanze del focolaio emorragico.

La seconda teoria (Westphal) ammette l'esistenza di turbe circolatorie locali che altererebbero il metabolismo del tessuto nervoso, con la formazione di composti abnormi ad azione vasotossica.

Secondo Selvini la frequenza al tavolo anatomico dell'E. C. è del 3,6 %, senza preferenze riguardo al sesso.

L'età dei soggetti oscilla largamente (22-93 anni); la media è di 57,8. La sede prediletta è la regione del corpo striato (76,8 %). L'arteriosclerosi è spesso presente, ma con lesioni e localizzazioni così varie che lascia dubitare sulla sua importanza reale.

Alterazioni renali sono presenti nel 26,5 % dei casi, alterazioni cardiache nel 74,5 %. Nel 26 %, delle donne coesistono fibro-miomi uterini.

È accertato un meteorotropismo dell'E. C. (preferito il mese di marzo). *Sibilia.*

Aspetti neurologici dell'ernia del nucleo polposo.

R. Glen Spurling e F. Keith Bradford (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 2 dicembre 1939) sulla base di 85 interventi chirurgici per lesioni intraspinali basse tracciano il quadro clinico del nucleo polposo erniato in corrispondenza degli interspazi lombari quarto e quinto.

Il midollo spinale termina di fronte al disco intervertebrale al disotto della prima vertebra lombare e le radici nervose che formano la coda equina sono liberamente mobili nel largo canale lombare meno che in vicinanza del loro punto di uscita. Quindi gli spostamenti delle radici rimangono senza alterazioni nervose quando non avvengono in corrispondenza dei punti di uscita. Ogni radice nervosa dà origine ad una branca ricorrente proprio distalmente al ganglio radicolare posteriore. Questa branca ricorrente rientra nel forame inter-

vertebrale ed innerva le strutture legamentose due vertebre più sotto.

Nell'ernia del nucleo polposo l'esistenza di iper o di ipoestesia della faccia laterale della gamba dipende probabilmente dall'interessamento combinato dai dermatomi della V lombare e della I sacrale della I e II sacrale.

Per la diagnosi ha grande importanza il dolore sciatico persistente, specialmente se esagerato dalla tosse, dallo sternuto e dallo stiramento. Spesso si associano al dolore parestesie.

Ci sono rigidità della colonna lombare, Lasègue positivo, ipoestesia del piede e della faccia laterale della gamba e diminuzione o assenza del riflesso achilleo. In alcuni malati c'è la reazione di Naffziger: la compressione delle due giugulari interne esagera il dolore sciatico. In pochi c'è paresi o paralisi di alcuni gruppi muscolari.

La stessa sintomatologia neurologica può essere data dai neoplasmi lungo il decorso dello sciatico, da malattie della pelvi, del retto e delle strutture ossee; non è quindi caratteristica del nucleo polposo erniato. L.

L'incontinenza di urina nella donna.

Varie sono le cause che possono determinare questo disturbo, a cominciare dai tumori e, come nell'enuresi notturna., dai disturbi nell'innervazione; il più spesso, però, si tratta di lesioni delle vie orinarie emulgenti.

In gravidanza, col peso dell'utero gravido sulla vescica e l'iperemia attiva che si determina in tale stato, si ha emissione di urina a gocce. In gravidanza, è anche frequente che in sèguito a sforzi addominali, del tossire, starnutire, ecc., l'urina non possa essere trattenuta, il che viene anche spiegato per un cambiamento di direzione che in tale condizione subisce l'uretra, per cui lo sfintere non chiude bene.

Come si è accennato, le cause più frequenti consistono nelle lesioni consecutive a traumi da gravidanza e da parto. La pressione esercitata a lungo dalla testa fetale può provocare degli schiacciamenti dello sfintere vescicale e, quindi, l' incontinenza. Nel parto, la testa che si muove sotto la sinfisi, oppure gli strumenti per l'estrazione spostano verso l'avanti la parete anteriore della vagina, il retto ed il collo della vescica, per cui si possono avere delle lacerazioni e strappamenti del setto stesso e dello sfintere. Come rileva M. Penkert (*Z. f. Arztl. Fortbild.*, 1939, n. 3), l'incontinenza di urina dopo il parto deriva sempre da una lesione dello sfintere durante il parto stesso.

Anche il prolasso vaginale può essere una causa d'incontinenza, che però in tali casi rimane relativa e non mai assoluta. L'assottigliamento dei tessuti e la diminuita elasticità possono nelle donne che invecchiano, anche senza un vero prolasso determinare una deficiente chiusura dell'uretra, la così detta incontinenza preclimaterica o climaterica. Finalmente l'incontinenza può essere provocata da lesioni dello sfintere, nelle operazioni ginecologiche.

Il trattamento, nelle forme leggere, sarà conservativo, incominciando con l'applicazione di pessari, specialmente nel prolasso incipiente della vagina. In qualche caso, riescono utili il massaggio semplice e quello vibratorio. Si può anche agire mediante vari rimedi, come belladonna, tintura di giusquiamo, antipirina, ecc. Sono anche consigliate: le iniezioni di tiosinamina e di fibrolisina, la causticazione dello sfintere e del trigono, la faradizzazione di tutto il corpo e l'elettrocoagulazione dello sfintere.

Nell'incontinenza climaterica e pre-climaterica, si tenterà la cura con ormoni. Se con tutti questi mezzi non si arriva allo scopo, si penserà all'intervento chirurgico. *fil.*

LABORATORIO

Valutazione della reazione di Widal nei vaccinati.

Già durante la guerra mondiale, dice G. Seiffert (*Münch. Med. Wochenschr.*, 5 gennaio 1940) si notò che nei vaccinati contro il tifo la reazione agglutinante di Widal non dà risultati sicuri. E meno sicuri che mai sono i risultati oggi perchè le vaccinazioni si fanno non più con un ceppo solo di bacilli tifici, ma con vaccini polivalenti. Negli individui vaccinati non è possibile dimostrare un tifo usando per l'agglutinazione un comune stipite di laboratorio. L'A. ottenne risultati egualmente cattivi usando stipiti contenenti H-antigene, anche se ricchissimi di questo. Risultati alquanto migliori si registrano se per l'agglutinazione si usano stipiti con antigene-O oppure con antigene-Vi. Di fronte a questi antigeni un certo numero di vaccinati sani dànno reazioni negative (13 su 50 con antigene-0,17 su 50 con antigene-Vi); la percentuale di vaccinati che agglutina i detti stipiti (37 risp. 33 su 50-be talora ad alto titolo, toglie però ogni valore probativo alla reazione agglutinante per la diagnosi di tifo. Neppure usando contemporaneamente tutti i detti stipiti si ottengono risultati più probativi. Nei vaccinati perde valore anche la co-agglutinazione del bacillo di Gaertner, caratteristica per il tifo. Egualmente impossibile è nei vaccinati la dimostrazione serologica di un paratifo B. Sia nel tifo che nel paratifo B dei vaccinati, l'esame sierologico potrà far sospettare con una certa verosimiglianza la malattia, se ripetuto ad intervalli di giorni esso dimostra una ascesa del titolo agglutinante: però non è ancora noto se questo possa verificarsi anche in altre malattie. Il solo mezzo che permette con sicurezza la diagnosi di tifo o paratifo noi vaccinati, è la emocultura, soprattutto se fatta col metodo di arricchimento con bile. La vaccinazione

contro il tifo non influisce invece affatto sulla specificità della reazione agglutinante di Weil-Felix verso l'X 19, nè su quella verso il micrococco di Bang. P.

MEDICINA SCIENTIFICA

Nuova concezione della struttura dei globuli rossi e del sangue.

G. Triolo (*Estratto da Haematologica*, volume XIX, fasc. II e fasc. IV, 1939, vol. XXI, 1940) da vario tempo ha cercato di dimostrare che la forma dei globuli rossi non è discoide, come vuole la teoria classica, ma sferica e che il sangue non è composto di plasma e di elementi morfologici in esso sospesi, ma soltanto dai globuli rossi nel cui interno è contenuto il plasma.

La sfericità dei globuli rossi non può risultare dimostrata dagli esperimenti posti a base della teoria classica perchè con tali esperimenti si produce sempre una alterazione più o meno grande dei globuli. L'A. ha perciò cercato di esaminare il sangue traumatizzandone gli elementi il meno possibile: così nel siero di cavallo inattivato, nel grasso di bue diluito, nei vasi del mesenterio ma senza alterare questo con un suo procedimento originale, nella emulsione di lipoidi, nei liquidi fissatori.

Questi stessi metodi che dimostrano la sfericità dei globuli rossi possono essere anche utilizzati, secondo l'A., per provare che il plasma non si trova in libertà nei vasi, non tiene in sospensione gli elementi morfologici, ma si trova dentro i globuli rossi costituendone il citoplasma, sicchè i globuli rossi rappresenterebbero da soli tutta la massa sanguigna. Come altri argomenti per questa dimostrazione vengono dall'A. portati il comportamento del sangue nella coagulazione e la possibilità di impedire per un lungo periodo di tempo la separazione del sangue in due parti. Inoltre anche la sparizione rapida delle sostanze introdotte nel sangue e la costanza della composizione fisico-chimica del sangue possono, secondo l'A., essere più facilmente spiegate con la nuova concezione che non con la teoria classica. F. TOSTI.

VARIA

Effetti dell'oscuramento inglese.

Il « Corriere della Sera » ha da Londra in data 30 marzo:

L'oscuramento è causa di molti mali di testa e di peggiori inconvenienti per gli Inglesi. Lasciamo stare i pericoli a cui si espongono coloro che si avventurano fuori di casa la sera per le strade buie, i guai che derivano dal disorientamento a causa dell'oscurità, ecc. Anche chi rimane a casa, con le finestre tappate per impedire che dal di fuori si scorga la luce, ha la sua parte di danni.

« Alla cattiva aerazione (causata dalla necessità di tenere le finestre rigorosamente chiuse la notte) — scrive il *Daily Telegraph* — possono attribuirsi i mali di testa ed altri minori malanni, mentre malattie infettive come la influenza e il mal di gola tendono a diffondersi in un ambiente mal ventilato ».

Anche sotto questo punto di vista l'oscuramento ha provocato vivaci lamentele e proteste da parte del pubblico, tanto che esperti governativi hanno ritenuto necessario di dover studiare a fondo la questione della aerazione delle case nelle ore notturne; ne è venuto fuori un opuscolo nel quale con diagrammi, schizzi e opportune spiegazioni si divulgano le istruzioni necessarie per ottenere una discreta aerazione, rispettando le norme dell'oscuramento.

Tra breve questi consigli ufficiali saranno distribuiti ai cittadini: staremo a vedere se essi varranno a ridurre quelli che alcuni autorevoli sanitari hanno definito « i mortali effetti » dell'inadeguata aerazione durante l'oscuramento.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. G. B. da R., abbonato n. 6397:

L'Halibut (nome inglese corrispondente al tedesco Heilbutt) è un pesce dei mari del Nord (*Hyppoglossus hyppoglossus*) dal fegato del quale si viene estraendo da qualche anno l'olio, che, oltre a contenere la vitamina D, è particolarmente ricco di vitamina A; ha quindi gli stessi usi dell'olio di fegato di merluzzo.

fil.

POSTA DELL'AMMINISTRAZIONE

Date le attuali circostanze e le condizioni del mercato editoriale, i periodici del gruppo giornalistico « P.R.M. » costituito dai settimanali « Il Policlinico », « Riforma Medica » e « Minerva Medica » hanno dovuto aumentare l'importo dell'abbonamento annuo che per l'Italia resta fissato per ciascun periodico in L. 80, portando di conseguenza l'importo annuo dell'abbonamento globale ai tre periodici in Italia a L. 210.

Tali prezzi andranno in vigore col 1° Maggio 1940.

Coloro che verseranno la quota d'abbonamento entro il mese di Aprile beneficieranno così del vecchio prezzo.

I signori abbonati sono quindi pregati nel loro interesse di affrettarsi ad effettuare il pagamento.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Per gli aumenti delle tariffe mediche.

Alla Confederazione fra i professionisti e artisti si è riunita la Giunta confederale per l'esame degli aumenti dei compensi.

Per le categorie regolate con tariffe, e sono la grande maggioranza, verrà chiesto ai competenti Ministeri di modificare, secondo gli aumenti, le tariffe professionali.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. Prefetture

Condotte mediche.

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Alessandria, per 9 posti (2 nel capol.); scad. 1 aprile, ore 18,
Ancona, per 5 posti; scad. 30 apr.;
Aosta, per 6 posti; scad. 30 apr.;
Aosta, per 4 posti; scad. 15 maggio;
Aquila, per 16 posti (1 nel capol.); scad. 30 apr.;
Avellino, per 1 posto; scad. 30 apr.;
Belluno, per 2 posti; scad. 30 giugno;
Bologna, per 14 posti (2 nel capol.); scad. 30 apr.;
Cagliari, per 19 posti (1 nel capol.); scad. 30 maggio, ore 12;
Caltanissetta, per 1 posto; scad. 15 apr., ore 16;
Catanzaro, per 11 posti (2 nel capol.); scad. 30 apr., ore 16;
Como, per 16 posti; la scad. non è fissata;
Cuneo, per 16 posti; scad. 31 luglio;
Milano, per 22 posti (1 nel capol.); scad. 30 maggio;
Modena, per 7 posti (1 nel capol.); scad. 30 apr.;
Novara, per 13 posti; scad. 31 maggio, ore 16;
Parma, per 3 posti (1 nel capol.); scad. 30 apr., ore 16;
Pistoia, per 6 posti; scad. 30 apr., ore 18;
Reggio Cal., per 8 posti; scad. 30 apr.;
Rieti, per 17 posti; scad. 30 apr.;
Rieti, il numero dei posti è aumentato di 1; proroga al 31 maggio;
Salerno, per 18 posti; scad. 30 apr.;
Savona, per 6 posti; scad. 30 apr.;
Teramo, per 4 posti; scad. 15 aprile;
Terni, per 5 posti (2 nel capol); scad. 31 maggio;
Varese, per 9 posti (1 nel capol.); scad. 30 giugno.

Uffici d'igiene e sanità; Ufficiali sanitari:

Bari, per uff. san. a Molfetta; scad. 30 apr., ore 18.
Matera, per uff. san. del capoluogo; scad. 31 maggio.

Laboratori provinciali d'Igiene Profilassi (Sezione med.-micrograf.):

Varese, per coadiutore; scad. 30 agosto, ore 18.
Zara, per direttore e per coadiut.; scad. 31 mag.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

Alessandria d'Egitto. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini ».* — Concorso per titoli e primario medico. Documenti al Ministero degli Affari Esteri (Direz. gen. degli italiani all'Estero, Ufficio I, Roma) entro il 30 giugno. Età limite 34-45 anni; il limite superiore è aumentabile. Chiedere copia del bando. Stip. fisso L. eg. 30 mensili; partecipaz., con minimo garantito di L. eg. 400 annue; è consentita la professione libera. La nomina è subordinata alla autorizzazione dell'esercizio professionale in Egitto. È condizionata da un esame di Stato, che può essere sostenuto in lingua italiana.

Ancona. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Il concorso precedentemente bandito per 3 posti di assistente medico-chirurgo viene prorogato al 30 aprile, elevando a 6 il numero dei posti.

Padova. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Aiuto medico del Dispensario; scad. 30 apr., ore 18; lire 10.000 e tre quinquenni dec.; serv. att. L. 1000; compartecipaz.; età limite 40 a. al 15 febbr.

Torino. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Aiuto medico e medico assistente presso il Dispensario Centrale di Igiene Sociale; stip. L. 12.000 e Lire 10.000; serv. att. L. 2000 e L. 1000; 4 quinquenni dec.; scad. 11 maggio, ore 18.

Torino. *Regio Ospizio di Carità.* — Medico primario; stip. 15.620; scad. 30 apr. Informazioni presso segreteria, corso Stupinigi 220.

Udine. *Ospedale Civile.* — Primario della Divisione Pediatrica, un aiuto medico, un aiuto chirurgo e 6 assistenti. Età limite rispett. a. 45, 35 e 30. Stipendi rispett. L. 5000, L. 7000 e L. 5000; partecipaz.; per gli aiuti e gli assistenti alloggio. Per gli assistenti L. 25 ogni guardia di 24 ore. Scad. ore 18 del 15 maggio. Chiedere copie dei bandi.

Concorsi a premi.

Il probema della tubercolosi nelle singole regioni d'Italia.

La Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi bandisce un concorso nazionale sul tema: « Il problema della tubercolosi nelle singole regioni d'Italia », Al concorso possono partecipare tutti gli studiosi italiani, tisiologi o non, anche non soci della Federazione. Ciascun lavoro presentato al concorso, e che potrà anche essere realizzato in collaborazione fra due o più studiosi, dovrà prendere in esame una sola regione. I lavori partecipanti al concorso dovranno essere presentati entro il 31 marzo 1940-XVIII ai delegati delle singole sezioni regionali della Federazione.

Per ogni singola gara regionale la Federazione mette a disposizione della rispettiva sezione un premio, unico ed indivisibile, di L. 2.000 che sarà assegnato al lavoro giudicato migliore a maggioranza di voti. Modalità consuete.

I lavori premiati nelle singole gare regionali saranno poi esaminati da una Commissione giudicatrice nazionale, per l'assegnazione del premio, unico ed indivisibile, di L. 10.000.

Per le altre condizioni rivolgersi alla Federazione via Nazionale 203, Roma.

Premio « M. Piccinini »

È istituita presso l'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria la Fondazione « M. Piccinini » per le rivendicazioni inedite italiane nel campo delle scienze sanitarie a tutto il secolo XIX.

Il premio per l'anno in corso, è costituito da L. 3000 lorde, pari agl'interessi di 3 annate del capitale di L. 20.000 (rend. 5 %) che costituisce la Fondazione. Tale somma è divisibile in 3 premi da L. 1000 lorde.

Modalità consuete. Chiedere copia del bando alla Segreteria dell'Accademia, Lungotevere in Sassia 3, Roma.

Borse di studio.

Per una tesi di laurea: Il dolce nell'alimentazione.

Nell'occasione della *Giornata del dolce italiano*, indetta per il 24 aprile prossimo alla XXI Fiera di Milano, sotto gli auspici della Federazione Naz. Fascista Industriali dello zucchero, dolci e alcole, la Ditta Motta Panettoni di Milano — che ricorda quest'anno il primo ventennale della propria fondazione — ha messo a disposizione della Sezione di Scienze della R. Accademia d'Italia, una borsa di studio di lire tremila.

La borsa verrà assegnata ad insindacabile giudizio dell'Accademia, alla migliore tesi di laurea presentata nella sessione estiva-autunnale 1940-XVIII delle Facoltà di medicina del Regno, che tratti dell'importanza del dolce nell'alimentazione, come elemento energetico e nutritivo, integratore ed equilibratore dei regimi dietetici nei diversi periodi della vita, con particolare riguardo all'infanzia, vecchiaia, stato di gravidanza e puerperio, convalescenza, esaurimento, resistenza a fatiche fisiche, cerebrali e sportive.

L'iniziativa si propone di contribuire allo sviluppo di organici studi sulle proprietà nutrienti, calorifiche e vitaminiche dei dolci, per orientare il consumo verso quei prodotti italiani, composti di purissime materie prime della nostra terra, che meglio rispondono alle esigenze di sviluppo e della perfetta salute dell'organismo umano.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il 3 febbraio si è adunata la Commissione di libera docenza in Clinica Medica ed ha proposto per l'abilitazione i dottori De Candia Silvio, Francaviglia Antonino, Monasterio Gabriele, Pozzi Arnaldo, Rocchi Filippo, Sotgiu Giulio, Terzani Alberto.

La Fondazione Martini di Amburgo ha assegnato i due premi pel 1940 al dott. Harry Prinz, per un lavoro sulla genesi dell'ipertrofia pilorica nell'adulto, e al dott. Kast Scriba, per un lavoro sperimentale sulla patologia gastrica, con speciale riguardo all'avitaminosi B e alle deficienze di proteine nell'alimentazione.

NOTIZIE DIVERSE

Convegno di studi costituzionalisti.

La Facoltà Medica di Bologna nella seduta del 28 aprile 1939-XVII, nell'intento di onorare il sen. prof. Giacinto Viola, che per ragioni di salute spontaneamente lasciava l'insegnamento, deliberò di promuovere un Convegno dedicato agli Studi costituzionalisti e incaricò della organizzazione i proff. Businco, Gasbarrini, Guerrini, Salvioli, F. Schiassi.

Tale Convegno avrà luogo nella Clinica medica di Bologna il 2 giugno alle ore 9,30. Il programma del Convegno comprenderà due sedute scientifiche, con relazioni, discussioni e comunicazioni.

Relazioni: 1) prof. F. Vinci e prof. F. Schiassi: « Lo studio della costituzione individuale: metodo, leggi, dottrina »; 2) sen. prof. N. Pende: « L'applicazione della dottrina costituzionalistica alla pratica medico-sociale ». Seguiranno la discussione sui temi delle relazioni e le comunicazioni riguardanti lo studio della costituzione.

Si prega di inviare l'adesione e il titolo delle comunicazioni non oltre il 30 aprile.

Le adesioni e i titoli delle comunicazioni debbono essere inviati al prof. Francesco Schiassi, Patologia medica, Ospedale S. Orsola, Bologna.

Congresso dell'Unione internazionale di terapia.

L'« Unione Internazionale di Terapia », ha tenuto le sue assisi a Parigi il 18 marzo. Il presidente prof. Loeper, assistito dall'attivo segretario dott. R. Lesen, è riuscito ad organizzare un Congresso internazionale in piena guerra, conseguendo un brillante successo. Esso si è svolto nella Facoltà di Medicina, sotto la presidenza del prof. Achard, rappresentante il Ministro della Sanità Pubblica; vi hanno partecipato i delegati di 14 Nazioni, venuti ad affermare l'alta missione del medico nella gravità dell'ora. Il delegato italiano, Rietti di Ferrara, chiamato a far parte dell'Ufficio di presidenza, parlò in nome dell'Italia.

I lavori riguardarono il tema: « La terapia fosforata e i medicamenti dei globuli bianchi », su relazione di Gordonoff (Berna), Rietti (Ferrara), Dustin (Bruxelles), Hernando (Madrid), Mouriquand e Seulier (Lione), R. Hazard e H. Busquet, Aubertin, Cottenol e Liquier (Parigi). Seguì una discussione.

La sera, ad un pranzo, parteciparono 150 congressisti.

Corsi di perfezionamento e di complemento.

Presso l'Università di Padova sono annunziati tre corsi: di preparazione alla carriera di medico di bordo; di cultura in malariologia per laureati in medicina e chirurgia; d'igiene applicata alla ingegneria, per laureati in ingegneria, architettura, agraria e medicina-chirurgia. Tutt'e tre i corsi si svolgeranno dall'1 al 30 giugno e saranno diretti dal prof. O. Casagrandi, direttore dell'Istituto d'igiene. Tasse rispettive L. 500, L. 300 e L. 300, da versare alla cassa dell'Università. Chiedere copia degli avvisi.

La "Giornata Medica" alla XXI Fiera di Milano.

Presi accordi col Sindacato Naz. Fasc. dei Medici che terrà a Milano il giorno 28 aprile una riunione regionale e con l'Istituto per gli studi corporativi ed autarchici che ha indetto il proprio II Congresso in Milano nei giorni 25, 26 e 27,

la presidenza della Fiera di Milano ha stabilito che la « Giornata Medica » di quest'anno si tenga il 27 aprile.

L'Istituto per gli studi corporativi ed autarchici sarà ben lieto che numerosi medici italiani aderiscano al congresso su ricordato poichè valuta in pieno l'importanza che le Industrie Sanitarie (Chimico-farmaceutica, Idrologica, Arredamenti Ospedalieri e Apparecchi Scientifici ecc.) hanno nel quadro generale dei problemi autarchici nazionali.

La presenza di alte personalità del mondo politico e culturale già preannunciata al Congresso, la serietà dei lavori già dimostrata lo scorso anno, l'eco larghissima che essi avranno, rendono sotto certi aspetti veramente doveroso che la classe medica non si estranei a questo Congresso e che almeno partecipi ad una seduta del giorno 27 aprile, che sarà dedicata alle Industrie Sanitarie.

Resta dunque stabilito che la Giornata Medica della Fiera di Milano sarà il 27 aprile (sabato) e che ne sarà fatto conoscere almeno otto giorni prima il programma.

Le adesioni possono inviarsi come negli scorsi anni ed anche con semplice biglietto da visita portante le parole « Giornata Medica » al Sindacato Prov. Fasc. dei Medici, piazza Duomo 20, Milano; oppure a Ufficio Stampa Medica Italiana, via Vallazze n. 39, Milano.

Qualora non fosse possibile diramare tempestivamente il programma della « Giornata Medica », si potrà averlo, insieme con la tessera di libera entrata alla Fiera, presentandosi dalle ore 9 alle ore 11 del 27 aprile all'ingresso principale della Fiera di Milano — Piazzale Giulio Cesare — ove si troveranno appositi incaricati dell'Ufficio Stampa Medica Italiana.

Cinematografie mediche.

Nella sede del Guf veneziano ha avuto luogo la prima delle serate filmistiche mediche organizzate dal Guf in collaborazione con l'ospedale di Venezia.

Alla manifestazione è intervenuta S. A. R. la Duchessa di Genova.

Sono stati presentati i migliori filmi finora prodotti in questo campo del cinema a passo ridotto. La proiezione comprendeva: 1) « Sclerosi a placche » del dott. Piacentino del Guf di Ferrara; 2) « Osteosintesi » del prof. Vittorio Putti di Bologna; 3) « Midollectomia della surrenale sinistra » del dott. Calcagno di Milano; 4) « Primavera » film a colori realizzato da Birello dell'Opera Nazionale Dopolavoro di Dolo.

A Milano, nel salone del Gruppo fascista « Cantore », sono stati proiettati a cura del Sindacato fascista dei medici e con l'autorizzazione del Cineguf, i seguenti film medico-chirurgici: « Isteropessi », « Osteoma del frontale », « Taglio cesareo », « Caso grave di ipotensione ortostatica » e per ultimo « Benerva », biografia sulla vitamina B_1. I film sono stati realizzati dal dott. Luigi Calcagno, che li ha illustrati.

Fondazione Arce.

Il Consiglio superiore dell'Università di Buenos Aires ha accettato una donazione del prof. José Arce — già decano della Facoltà di scienze mediche — e della moglie, Amelia Bazán; verrà costituita una « Fondazione Arce » con tutti i loro beni, di cui essi mantengono il solo usufrutto. Dopo la loro morte, una volta consolidata la proprietà, si destineranno 500 pesos mensili per la biblioteca intitolata a « Maria Antonietta Arce » nell'Istituto di Clinica chirurgica e 100 pesos mensili per collocare fiori sulla tomba della stessa. Il rimanente sarà destinato a compiere ricerche cliniche, sperimentali o di laboratorio nell'Istituto di Clinica chirurgica.

Azioni giudiziarie.

Il dott. Giulio Imperiali, generale medico della riserva, era stato denunziato dalla signora Maria Antonietta Mangano per aver rilasciato un certificato attestante le perfette condizioni mentali della madre di lei Alberenice Amori vedova Mangano, visitata nell'aprile 1935, e per aver deposto il falso in ordine alle suddette condizioni mentali in giudizio civile.

Si affermava dalla denunziante che la madre fosse stata pazza, per cui doveva considerarsi falso quanto dal dottor Imperiali era stato certificato, e falsa anche la testimonianza dallo stesso resa a conferma e chiarimento del certificato, nel giudizio civile intentato dalla detta Maria Antonietta Mangano contro il fratello Giuseppe per l'annullamento del testamento materno a causa della pazzia.

Nel corso dell'istruzione era stata estesa imputazione per concorso nei falsi suddetti contro il sig. Giuseppe Mangano, nel cui interesse il dott. Imperiali avrebbe agito.

L'epilogo di tale grave e delicato processo si è avuto davanti la XI Sezione del Tribuonale di Roma, ove sono comparsi il dott. Imperiali e il sig. Mangano Giuseppe. La signora Maria Antonietta Mangano si era costituita parte civile. Dopo ampia discussione il Tribunale, ha assolto entrambi gli imputati per non aver commesso il fatto.

A Los Angeles (California) una signora ha intentato causa contro la Maternità, per sostituzione del suo neonato, determinata dal confusionismo che regnerebbe nella Clinica. Ella si avvide dello scambio perchè aveva notato il colore dei capelli e la grandezza della bocca del neonato. Chiede una somma corrispondente a 400.000 lire di danni.

Notizie sanitarie di guerra.

Il maresciallo Hermann Göring, d'intesa con il commissario per la gioventù, Baldur v. Schirach, ha organizzato un'azione diretta in specie alla gioventù, per il risparmio nei consumi. Durante tutta la guerra è vietata la somministrazione d'alcool e di tabacco ai giovani. Le macchine automatiche per il rifornimento di sigari e sigarette sono state messe fuori funzione.

Due Ditte americane di prodotti farmaceutici e medici, la Casa Sterling e l'« Anglo French Drug », hanno donato alla Croce Rossa Francese, attraverso l'« United Commettee for French Relief », due auto-ambulanze.

In Francia si è discussa la convenienza di stabilire, a una dozzina di chilometri dal fronte, una piccola città sanitaria, che accoglierebbe medici, infermiere e personale ospedaliero, mentre la popolazione civile verrebbe evacuata.

In Francia l'Accademia di chirurgia e la Società di neurologia hanno deciso di tenere una riunione in comune per discutere la terapia delle ferite dei nervi in guerra.

Un po' dovunque.

In collegamento con la riunione della Società tedesca per la medicina interna, il 9 e il 10 maggio si terrà a Francoforte sul Meno una « Conferenza sulla biologia della grande città », sotto la presidenza dei proff. B. De Rudder e F. Linke.

Il prefetto e il federale dell'Istria e il presidente del Consorzio per la bonifica dell'Istria hanno diretto un telegramma al Duce, per esprimergli la gratitudine di quelle popolazioni quale potenziatore ed animatore delle grandi opere della bonifica istriana, fra cui i tre impianti di potabilizzazione dell'acqua, capaci di 30 milioni di litri al giorno, e la redenzione di 400.000 ettari di terreno.

Al 1° Congresso argentino di sociologia e medicina del lavoro il dott. V. Delfino ha svolto il tema: « Una disciplina italiana: la medicina del lavoro »; la relazione è pubblicata nella « Prensa Médica Argentina » del 24 gennaio e nella « Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze affini » di gennaio-febbraio.

Il periodico « Difesa Sociale » ha destinato il numero di novembre-dicembre (pubblicato ora) all'Assicurazione contro la tubercolosi nel primo decennio d'applicazione della legge. Si tratta di un volume che comprende più di 300 pagine. Il materiale è diviso in tre parti: 1° assistenza tubercolare, con articoli di Petragnani, di Morelli, di Bocchetti, di Emilia Sorrentini e di Gentile e Gaeta; 2° aspetto clinico-sociale, con articoli di Costantini, di Sivori, di Parodi ecc., 3° Documentazione e orientamento, con articoli di Vampa e di Elena Frambi, recensioni e copioso notiziario.

Si è iniziata in Germania la pubblicazione del periodico di vasta cultura « Deutschlands Erneuerung », che interessa anche i medici; è diretto dall'anatomico di Tubinga, prof. R. Wetzel, ed édito dalla Casa Lehmann; se ne pubblicheranno 12 fascicoli annualmente (prezzo R.M. 3 ogni trimestre).

Si è iniziata nel Belgio la pubblicazione del periodico « Le Littoral Médical », destinato allo studio dei metodi balneoterapici applicati sulla costa belga. Il comitato di redazione comprende un cospicuo numero di personalità; segretario generale di redazione è il dott. A. De Roo.

A partire dal 1° aprile in Germania viene ad essere disciplinata la vendita dei prodotti barbiturici (derivati e sali dell'acido barbiturico e prodotti di coniugazione). I farmacisti potranno fornirli solo su ricetta di un medico o di un dentista; la ricetta deve recare la data e il modo d'impiego. Il farmacista deve registrare le quantità vendute e le date relative.

In Germania, nella notte dal 31 marzo all'1 aprile, è andato in vigore l'orario estivo, dalle ore 2 si è saltati alle ore 3.

A Kwey-yang (Cina) è stato eretto un Istituto ortopedico di 300 letti, destinato in specie ai soldati; ha scopi assistenziali e d'insegnamento.

Al nome del sen. Luigi Devoto è stata recentemente intitolata la Clinica del Lavoro di Milano ed inaugurato un busto dinanzi alla Clinica.

Sulla linea aerea Vienna Bucarest è entrato in servizio il quadrimotore « Junkers 90 » della « Lufthansa », che nel suo primo viaggio ha trasportato 2000 kg. di medicinali. Ha una potenza di 4000 CV e può sviluppare una velocità media di 300 km.

Il sig. A. Monti, per festeggiare le sue prossime nozze d'oro con la signora Adele Menni, ha offerto 200.000 lire all'Ospedale Maggiore di Milano.

Il Governo sovietico con decreto del 1939 aveva stabilito che tutte le stazioni climatiche e idrotermali del territorio divenivano proprietà dello Stato. Prima della rivoluzione si contavano in Russia 36 stazioni del genere, accessibili soltanto a privilegiati. Nel 1939 le stazioni erano divenute 269 e durante l'anno vi avevano soggiornato circa 3 milioni di persone. Lo Stato ha speso più di 450 milioni di rubli per le stazioni idro-climatiche durante il secondo quinquennio.

L'Istituto esercente la Grande Lotteria di Dublino a favore degli ospedali ha deciso la volontaria liquidazione dato che le condizioni della guerra restringono e ostacolano gli scopi della sua attività, precipuamente internazionale. L'Istituto, che era stato fondato nel 1930, ha organizzato trenta lotterie distribuendo in premi circa 46 milioni e mezzo di sterline e destinando agli ospedali oltre tredici milioni e mezzo di sterline.

Nel manicomio di Salemi, dell'Oregon, erano stati rinchiusi entro una cella nove pazzi criminali, abbastanza tranquilli; tre di essi sono stati trovati assassinati.

A Napoli è stata scoperta ed assicurata alla Giustizia un'associazione di spacciatori di stupefacenti, capitanata da un medico dentista, Pasquale Gragnari di Avella, con la complicità di un farmacista, Zagabria.

È stato denunziato per truffa certo Aldo Vieri, residente a Siena il quale qualificandosi quale studente in medicina aveva spacciato uno specifico per guarire un'inferma, venuta poi a morte; egli ne aveva tratto un lucro di seimila lire.

Con GIUSEPPE SANARELLI scompare una delle maggiori personalità della medicina contemporanea.

Dell'illustre igienista, biologo e maestro daremo la biografia in un prossimo numero.

È deceduto a Palermo il prof. ROSOLINO COLELLA, emerito di quella Università. Era nato a Città S. Angelo (Teramo); aveva insegnato neuropsichiatria a Messina, a Catania e infine a Palermo, dal 1900 al 1935. Lascia molti e importanti lavori in vari campi della disciplina da lui coltivata. Destarono eco le sue ricerche sull'auto-emoterapia nell'ictus cerebrale, pubblicata in collaborazione di G. Pizzillo. Fu membro della Camera per la 25ª legislatura. M.

È deceduto a Parigi il dott. ALESSANDRO BESREDKA, il quale in quell'Istituto Pasteur ha compiuto una serie di notevoli ricerche sui metodi anti-sensibilizzanti, sull'immunità locale, sulla vaccinazione mediante batteri trattati con i sieri specifici ecc. Contava 70 anni, dei quali 43 trascorsi nell'Istituto.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 11 nov. — J. L. C. OVERBOSCH. Kala-azar e trattam. antimoniale. — H. FERIZI. Materiale assimilabile per tamponamento e isolamento di tessuti e organi.

Quart. Jorn. Med., ott. — H. L. SHEEHAN. Morbo di Simmonds da necrosi post partum dell'ipofisi ant. — N. G. NORDMSON. Leucocitosi sperimentale nell'uomo. — W. M. ARNOTT e G. D. MATTHEW. Glomerulonefrite acuta.

Brit. Med. Journ., 11 nov. — A. H. HARRIS. Educazione fis. — E. J. G. GLASS. Broncografia.

Forze San., 11 nov. — O. MARGARUCCI. Chirurgia del retto. — A. FRASCHINI. Ormoni maschili naturali.

Arch. d. Sc. Med., nov. — G. OLIVA e G. FASSONE. Diagnosi sierologica dei tumori mal. — M. PESCARMONE. Vitamina A e ricambio org.

Rif. Med., 11 nov. — F. RAGGI. Azotemia nelle emorragie cerebr. e meningee. — G. IESU. Incisione estetica per l'appendicectomia.

Med. Welt., 28 ott. — Medic. di guerra. — K. H. SCHÖLZKE. Chloasme uterinum sine graviditate.

Deut. Med. Woch., 27 ott. — Med. di guerra. — EHRISMAM. Igiene del lavoro: manganese.

Acta Med. Scand., III. — B. CARLSTRÖM. Avitaminosi B_1. — M. UDDSTRÖMER. Vitamina A e infezioni delle vie aeree.

Riv. di Patol. nerv. e ment., sett.-ott. — G. GASTALDI. Rapporti fra paralisi gen. progr. e senilità. — S. PLATANIA. Paralisi di Landry.

Journ. A. M. A., 21 ott. — E. D. KIEFER. — Disordini cron. del tenue. — E. L. STEBBINS e al. Epidemia di poliomielite con paralisi bulbari.

Patolog., 15 ott. — A. GIAMPALMO. Gigantismo dello stomaco. — V. BARBERE. Linfosarcoma primitivo dello stomaco ex ulcera.

Presse Méd., 25 ott. — R. MONOD e P. HOMBOUGER. L'anestesia dei feriti gasati.

Paris Méd., 21-28 ott. — A. GRIMBERG. Raccolta di sangue placentare. — M. SCHACHTER. Sindrome di Pellizzi.

Brit. Med. Journ., 28 ott. — J. C. LEEDHAM-GEEN. Trasfusione di sangue conservato. — S. W. CHELLINOR e al. Gruppi dei sieri per bisogni d'urgenza.

Rif. Med., 21 ott. — L. CONDORELLI. Sindrome dispeptico-enterocolitica specificam. curabile con l'ac. nicotinico.

Deut. Med. Woch., 3 nov. — SLANCK. Dolori reumatici e loro trattam. — SCHEMENSKY e SCHULZ. Colite ulcerosa e anemia.

Journ. A. M. A., 7 ott. — E. E. NELSON. Variabilità nella risposta ai medicinali. — E. G. BLAND e T. D. JONES. Comparsa tardiva di cardiopatia dopo febbre reumatica.

Brit. Med. Journ., 7 ott. — H. COHEN, D. CURRAN. La cefalea come sintomo d'affezioni nervose e mentali.

Med. Klinik, 3 nov. — Medicina di guerra. — W. KIRCHNER. Narcosi endovenosa in ginecologia.

Practitioner, nov. — Terapia.

Med. Welt., 4 nov. — C. HEGLER. La dissenteria. — V. SCHILLING. Deviaz. a sinistra e a destra del quadro ematico.

Cl. Med. It., sett.-ott. — L. CAPONI. Sensibilizz. da intradermoreaz. Casoni. — C. SALARIS, P. GUARNERI. Eosinofilia allergica.

Quaderni dell'Allergia, ag. — B. DAVOLIO MARANI. Reazioni di ipersensibilità ad estratti di fibrinfermenti.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 22 Aprile 1940 - XVIII Num. 16

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO A DECORRERE DAL 1° MAGGIO 1940

Singoli:	Italia	Estero	Comulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 80 —	L. 125	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 125	L. 180
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 60 —	L. 70	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 125	L. 180
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 60 —	L. 70	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.)	L. 165	L. 220

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 4,00

POSTA DELL'AMMINISTRAZIONE *Date le attuali circostanze e le condizioni del mercato editoriale, i periodici del gruppo giornalistico « P.R.M. » costituito dai* **settimanali** *« Il Policlinico », « Riforma Medica » e « Minerva Medica » hanno dovuto aumentare l'importo dell'abbonamento annuo che per l'Italia resta fissato per ciascun periodico da L. 70 in L. 80, portando di conseguenza l'importo annuo dell'abbonamento* **globale** *ai tre periodici in* **Italia** *a L. 210 e non più L. 180.*

Tali prezzi andranno in vigore col 1° Maggio 1940. Coloro pertanto che verseranno la quota d'abbonamento entro il mese di Aprile beneficieranno così del vecchio prezzo.

I signori abbonati sono quindi pregati, nel loro interesse, di affrettarsi ad effettuare il pagamento non oltre il 30 corrente.

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE CIVILE UMBERTO I - MONZA
DIVISIONE CHIRURGICA
Direttore chirurgo prim.: prof. A. CIMINATA.

Il trattamento in iperestensione delle fratture lombo-dorsali della colonna vertebrale.

Prof. MARCELLO PETACCI
cap. medico nella R. M., assistente militare.

Il trattamento ortopedico di certe fratture della colonna vertebrale mediante apparecchio gessato in posizione di iperestensione rappresenta un reale vantaggio su tutti gli altri metodi, per diverse e fondamentali ragioni.

I° Corretta posizione dei corpi vertebrali fratturati, in modo da evitare la compressione su essi, e per conseguenza un più forte ingranamento o spostamento dei frammenti, con conseguente eventuale compressione del midollo spinale.

II° Possibilità del paziente di deambulare e di mantenere la posizione eretta, evitando così una lunga permanenza in letto, con conseguente risentimento di tutto il sistema muscolare.

III° Possibilità di mantenere inalterato il trofismo di tutti i gruppi muscolari, ed in particolare di quelli degli arti, mediante una razionale, metodica ginnastica, per tutto il tempo in cui viene portato l'apparecchio.

d) Quasi immediata ripresa delle abituali occupazioni, anche se faticose, subito dopo la rimozione del gesso.

Questi vantaggi sono da noi stati ripetutamente controllati nei fratturati di colonna che, ricoverati nella nostra clinica, hanno subito il trattamento ortopedico in oggetto.

Magnus, Bohler e con essi un gran numero di ortopedici sono esclusivamente o quasi fautori della cura incruenta, più propriamente or-

topedica, delle fratture e lussazioni complicate da lesioni medullo-radicolari. Magnus ripudia qualsiasi intervento cruento e in particolare la laminectomia precoce perchè da un lato l'autopsia dimostra nelle paraplegie con esito fatale rapido che il midollo era effettivamente sezionato, e perchè dall'altro secondo la sua esperienza, la prognosi non è così assolutamente grave, come si crede in generale.

Su 79 casi di paraplegie totali, da lui osservate nel corso di due anni, 16 soli morirono e rimasero immutati 48. Si ebbe però un miglioramento notevole in 10, una guarigione quasi completa in 7 e una guarigione completa in 4. È certo che bisogna dare una grande importanza all'opinione di questi chirurgi che si basano su una casistica veramente eccezionale di osservazione diretta e su una competenza specialistica indiscutibile. Di fronte alla loro opinione ha relativamente scarso valore quella degli interventisti che si basano in genere su osservazioni isolate o su piccoli gruppi di casi, e non sempre rivelano un concetto esatto di quel che siano effettivamente le lesioni nervose. Come abbiamo detto altrove i chirurgi tendono in genere a dare un'esagerata importanza al fattore compressione nella produzione della sintomatologia nervosa immediata. Su questo punto gli ortopedici si trovano molto più vicino di quel che non siano i chirurgi al concetto di compressione quale è considerato dai neurologi. In realtà — pur non negando la dovuta importanza alla continuità della pressione che i frammenti della frattura o i margini vertebrali nelle lussazioni esercitano sul midollo spinale, e allo stiramento e compressione radicolare nella produzione della sindrome nervosa traumatica —, come abbiamo detto, nei traumi acuti il fattore compressione è piuttosto scarso; molto più importante è il fattore contusivo o in gradi più avanzati il fattore distruttivo.

Boehler, parlando della influenza delle fratture degli archi sul midollo spinale, dice che, mentre si crede generalmente che le fratture degli archi siano tra le fratture vertebrali più pericolose, perchè si ritiene che esse risultino dall'azione diretta di una forza sopra un'apofisi spinosa e che il frammento sia spinto, dalla forza stessa che continua ad agire, contro il midollo che ne viene compresso o distrutto, d'altro canto non ha visto mai una tale frattura dell'arco e non ha potuto trovare nella letteratura nessuna radiografia dimostrativa. Lejars e Oehlecker hanno parlato di simile eventualità; ma Boehler crede che sia impossibile che la lamina larga dell'arco possa penetrare tanto nel canale vertebrale da danneggiare il midollo. Fratture dirette dell'arco nella parte posteriore, dietro alle apofisi articolari inferiori, cioè fratture che potrebbero danneggiare il midollo, possono avvenire, ma sono certamente eccezionali. « Nelle fratture indirette dell'arco, che sono concomitanti a fratture per flessione e con lussazione dei corpi vertebrali, si trova in tutte le radiografie e in tutti i preparati che la parte rotta dell'arco con l'apofisi spinosa è rimasta attaccata posetriormente ai legamenti mentre il corpo vertebrale è scivolato in avanti con la parte posteriore dell'arco. Nelle fratture dell'arco la parte posteriore di questo resta indietro, poichè non soltanto i legamenti ma anche le apofisi articolari lo trattengono. In questo modo avviene all'altezza della frattura una dilatazione e non un restringimento del canale vertebrale, e quando lo spostamento del segmento superiore della colonnna non è troppo grande, allora il midollo rimane illeso. In lussazioni senza frattura dell'arco avviene invece il restringimento del canale vertebrale e la contusione del midollo spinale tra l'angolo superiore della vertebra rotta e l'arco della vertebra craniale lussata in avanti. Generalmente tutte le fratture dell'arco non significano la distruzione ma la salvezza del midollo spinale ». Con tali premesse e con tali esperienze è chiaro come questi chirurgi ortopedici non possano essere favorevoli alla cura cruenta.

Con essi concorda una schiera molto numerosa di chirurgi. Qualunque sia il metodo che adoperino (metodo di Magnus e Haumann, metodo di Taylor, metodo di Watson Jones, metodo di Boehler), essi sono del tutto contrari ai metodi cruenti. Boorstein, Guyot, Osnato, Taylor, Strauss, Laesecke, Breig, Isaacs, Diaz, Garcia, Towne, Mackh Erwin, Fitte e Baratelli, Beck, Deuticke, Kauert, Vernon, Grimda, Spaner, Rodd hanno pubblicato numerose osservazioni di buoni risultati ottenuti con i metodi ortopedici. La esistenza di disturbi midollari non costituisce una controindicazione alle manovre di riduzione (Diaz, Garcia), come vorrebbero alcuni; poichè è certo che una buona riduzione, migliorando le condizioni di circolazione negli elementi nervosi colpiti dal trauma, favorisce il restauro anatomico e la ripresa funzionale. Alcune di queste osservazioni, quelle cioè seguite da un ripiristino funzionale quasi immediato, possono essere considerate come esempi di una vera azione compressiva esercitata dagli elementi ossei scomposti dal trauma, ma questi casi sono più rari di quel che non si creda.

Nel maggior numero dei casi il ripristino

più o meno completo avviene lentamente in tempi che sono quelli che si hanno precisamente anche nei casi nei quali un elemento compressivo non può essere invocato. Ad ogni modo bisogna tener presente che casi di sintomatologia nervosa da compressione quasi pura, per quanto rari, possono esistere.

Boehler, considerando la cosa dal punto di vista pratico, dice che, poichè non possiamo mai stabilire subito in una paralisi da trauma vertebrale, se essa sia determinata da distruzione del midollo, da pressione su di esso per ossa dislocate o per frammenti di osso, da emorragie meningee o midollari, da edema, o soltanto da concussione, quando il ferito è vitale, si ha l'*assoluto dovere di ridurre subito*, per ristabilire il calibro del canale vertebrale e dei forami intervertebrali e, per escludere così ogni pressione dannosa sul midollo, che può essere ancora intatto, e sulle radici nervose. « Secondo il mio parere, la riduzione di una frattura vertebrale con paralisi è un'operazione altrettanto urgente quanto quella di una perforazione nella cavità addominale o di un'emorragia acuta ». Nei casi nei quali il midollo non è distrutto, i disturbi vescicali regrediscono presto e sono stati descritti numerosi casi nei quali gli ammalati hanno urinato spontaneamente già durante la riduzione. Anche le escare possono essere così prevenute, perchè gli ammalati, trattati col suo metodo, possono camminare qualche volta subito o dopo pochi giorni.

La riduzione precoce contribuisce ad evitare le forti nevralgie che nelle fratture non ridotte si producono per pressione della massa del callo sulle radici nei fori intervertebrali ristretti.

Bisogna ricordare che questo procedimento conservativo può in qualche caso speciale essere associato a un intervento cruento speciale, diretto cioè ad emendare delle condizioni anatomiche, che si possono opporre alla riduzione. Boehler, se esiste uncinamento delle apofisi articolari, per non lasciar crollare di nuovo la colonna vertebrale, poichè con ciò la parte craniale potrebbe spostarsi troppo in avanti e potrebbe comprimere a contundere il midollo, interviene operatoriamente, mettendo allo scoperto, in leggerissima iperestensine del malato, le apofisi articolari uncinate e resecando in parte le apofisi articolari superiori della vertebra rotta, finchè si è tolto l'ostacolo alla riduzione. Se si è già posto il gesso, senza rimuovere questo, lo fenestra ampiamente nella faccia posteriore ed opera attraverso questo spazio.

Le cure ortopediche sono indicate ed utili anche in casi giunti tardivamente all'osservazione del chirurgo. Jeanneny e Mathey, a proposito di un traumatizzato presentatosi dopo dieci mesi dal trauma, dopo avere esclusa l'opportunità di una laminectomia, che avrebbe urtato contro un blocco osseo resistente di demolizione difficile, si limitarono ad una contenzione prolungata in una minerva gessata, con buon risultato.

Angwing, Robbins e Millar, descrivono due casi di frattura della porzione lombare superiore del rachide con residui di motilità negli arti inferiori; ambedue i pazienti erano stati obbligati a letto per anni, ma, in seguito a kinesiterapia ed apparecchi ferulati appropriati, si riuscì a portare il miglioramento a tal punto che essi furono in grado di camminare con l'aiuto di grucce e di esercitare un mestiere, per quanto in maniera ridotta.

Prima di passare a descrivere due casi di frattura del tratto dorsolombare della colonna riassumiamo brevemente il metodo da noi seguito nella cura di immobilizzazione in iperestensione. Ricordiamo anzitutto che, se vige la regola di iperestendere la colonna quando la frattura colpisca una o più vertebre del tratto dorsolombare, non si può dire altrettanto per le fratture del tratto cervicale. Infatti, nei casi di caduta sulla testa, come avviene per esempio in conseguenza di tuffi compiuti in acqua poco profonda, se l'individuo si arrovescia sul dorso ne consegue una frattura (o rispettivamente una lussazione) con angolatura del tratto cervicale rivolta all'indietro. In tal caso sarà necessario, per ottenere la riduzione per questo non già iperestendere ma flettere; durante la trazione continua, ottenuta con il metodo della fiomba di Glisson traente sul mento e avente punto fisso alla testata del letto, mentre l'inclinazione del letto in avanti è tale che il paziente stesso faccia da contrappeso, si metterà un cuscino di crine sotto la nuca del fratturato.

Si può invece ritenere che le fratture del tratto dorsolombare esigono di regola il trattamento in iperestensione. Infatti, in queste fratture, che avvengoo solitamente per compressione, uno o più corpi vertebrali sono schiacciati l'uno contro l'altro, spesso anche più o meno lussati. Lo schiacciamento interessa di solito la parte anteriore del corpo vertebrale, poichè questa è assai più debole che la parte posteriore, rinforzata dall'inserzione delle lamine. Ne risulta che la colonna vertebrale si inflette di regola in avanti.

È degno di nota che in queste fratture per schiacciamento di un corpo vertebrale nella sua porzione anteriore, l'inflessione non è suf-

ficiente a dare gravi disturbi midollari, i quali possono perfino mancare del tutto (Boehler). I disturbi sono soltanto statici; la cifosi è evidente insieme con i segni di lesioni da compressione e da stiramento delle articolazioni intervertebrali e dei ligamenti.

Soltanto se la parte posteriore della vertebra o delle vertebre, o se il corpo vertebrale scivola indietro avviene il restringimento del canale rachidiano e dei fori di coniugazione. In tal caso il midollo e le radici subiscono la compressione con paralisi parziale o totale.

In passato per le fratture del tratto dorsolombare senza dislocamento vigeva la regola di far giacere i feriti per due-cinque settimane sopra un letto duro. Ma ora anche per queste fratture relativamente benigne è riconosciuta da tutti l'opportunità di mantenere la colonna in iperestensione mediante un'apparecchio gessato. Se la iperestensione è dolorosa, bisogna eseguire la anestesia locale secondo la tecnica di Schneck, la quale deve ormai sostituire qualunque metodo di anestesia generale.

Come soluzione anestetica, abbiamo adottato la novocaina all'1 %. Gli aghi sono di lunghezza e di calibro corrispondenti a quelli solitamente usati per la puntura lombare.

Le manovre di iperestensione e l'applicazione dell'apparecchio gessato furono eseguite secondo il metodo ormai classico di Boehler.

A seconda della gravità della frattura e sopratutto a seconda che vi sia o non vi sia dislocamento, varia il periodo durante il quale deve essere portato il corsetto gessato: in media da 8 a 12 settimane.

Per impedire l'atrofia dei muscoli del tronco i feriti devono incominciare precocemente e continuare per tutto il periodo in cui portano il corsetto, esercizi razionali di movimento delle braccia e delle gambe ed i movimento del bacino sugli arti inferiori. Serve assai bene a questo scopo lo schema fornito dallo stesso Boehler.

Ed ecco due casi clinici in cui l'applicazione dell'apparecchio gessato in iperestensione, fu seguita da ottimi risultati:

CASO I. — C .A., donna di 53 anni, impiegata. Entra in clinica il 6 ottobre 1937.

Dieci giorni prima del suo ingresso in Reparto, la paziente, per cause non precisate, scivolava e cadeva a terra, battendo violentemente con il dorso. Provava subito vivo dolore alla regione colpita, ed ai fianchi; ed aiutata dai presenti riusciva ad alzarsi, per recarsi alla propria abitazione.

Ma nei giorni successivi, nonostante il più assoluto riposo, tenuto in letto, la sintomatologia persisteva invariata; tanto che la paziente, dietro consiglio di un medico, decideva di entrare in ospedale.

Esame obbiettivo generale: nulla di notevole a carico del capo, torace, addome ed arti.

Esame obbiettivo locale: in sede dorsale, in corrispondenza della XII vertebra, la pressione provoca vivo dolore, che si irradia in basso, verso i fianchi. I movimenti di flessione, iperestensione, rotazione dell'asse vertebrale, appaiono vivamente dolenti e limitati.

Sistema nervoso: riflessi superficiali e profondi normali. Non Babinsky, nè Oppenheim. Sensibilità termica tattlie dolorifica, ben conservata su ogni punto.

Esame radiologico: frattura del corpo della XII dorsale con ingrandimento in frammenti.

Il 7 ottobre 1937 si procede alla confezione di un busto gessato in iperestensione, seguendo la tecnica in precedenza ricordata. Nei giorni successivi si osserva come l'apparecchio sia ben tollerato. In 3ª giornata dall'applicazione, la paziente si alza dal letto ed inizia una ginnastica consistente in movimenti attivi degli arti superiori e inferiori. Un nuovo esame radiologico del tratto dorsale della colonna pone in evidenza la buona riduzione della fattura.

In 6ª giornata la paziente viene dimessa dall'ospedale, ed invitata a ripresentarsi fra 50 giorni (13 ottobre 1937).

Rivista in tale epoca (3 dicembre 1937) è rimosso l'apparecchio gessato, si è potuta controllare la completa guarigione della lesione, l'assenza della benchè minima dolorabilità, in sede ed a distanza e il buon trofismo dei muscoli del tronco e degli arti.

CASO II. — P. L., uomo di 27 anni, verniciatore. Entra in clinica il 29 luglio 1937.

Un giorno prima del suo ingresso in Reparto, mentre lavoratava su una impalcatura alta tre metri, scivolava improvvisamente e cadeva a terra, col tronco flesso sugli arti inferiori, arrovesciandosi e battendo a terra con il dorso, non perdeva i sensi. Nonostante ripetuti tentativi, non riusciva a riprendere la stazione eretta causa il vivo dolore in sede. Soccorso dai presenti, veniva immediatamente trasportato in questo ospedale.

Al momento del suo ingresso, il paziente accusa vivo senso di formicolio ai due quadranti inferiori.

Esame obbiettivo generale: nulla di notevole a carico del capo, torace (per quanto riguarda gli

apparati respiratorio e cardiovascolare) ed addome.

Esame obbiettivo locale: l'asse vertebrale, in corrispondenza dell'ultimo tratto dorsale e del primo tratto lombare, appare appiattito. La pressione, in corrispondenza dei processi spinosi della XII dorsale e I lombare provoca una viva dolorabilità; il segmento vertebrale dorsale e lombare presenta una spiccata limitazione dei movimenti di flessione, iperestensione, torsione sull'asse.

Sistema nervoso: riflessi superficiali e profondi normali. Non Babinski nè Oppenheim. Sensibilità termica, tattile, dolorifica, ben osservata su ogni punto.

Esame radiologico: frattura del corpo della XII dorsale, con schiacciamento a cuneo.

Il 30 luglio 1937 si procede alla confezione di un busto gessato in iperestensione, seguendo la tecnica in precedenza ricordata.

Nei giorni successivi si osserva che l'apparecchio è ben tollerato. Un esame radiologico di controllo, eseguito, dimostra la buona riduzione della frattura.

In 3ª giornata, il paziente si alza dal letto, ed inizia la cura ginnastica.

In 6ª giornata (4 agosto 1937) viene dimesso ed invitato a ripresentarsi dopo 50 giorni.

Rivisto in tale epoca (24 settembre 1937) e rimosso l'apparecchio gessato, si è potuto constatare, sia clinicamente che radiologicamente la completa guarigione della lesione, associata ad un buon trofismo del sistema muscolare degli arti e del tronco.

I casi riferiti appaiono oltremodo dimostrativi e pongono in evidenza l'efficacia del busto gessato a colonna in posizione di iperestensione in tali fratture. Il quadro radiologico della nostra prima osservazione dimostrava un profondo ingranamento dei frammenti del corpo vertebrale. La posizione di iperestensione forzata valse a ridurre in corretta posizione la lesione. Mantenuta per tutta la durata del trattamento, essa portò la paziente alla guarigione definitiva.

Il 2° caso appariva ancora più grave per prognosi. In esso la vertebra schiacciata presentava la forma di cuneo quindi in posizione difficoltosa per ottenere una buona riduzione.

La posizione in iperestensione valse a correggere il difetto ed a mantenere in giusta posizione i frammenti.

Anche in questo caso il risultato definitivo fu ottimo. La ginnastica degli arti, praticata fin dall'inizio, valse a conservare inalterato il tono muscolare ed a far sì che i pazienti riprendessero appena tolto l'apparecchio le loro abituali occupazioni.

RIASSUNTO.

Il trattamento in iperestensione con corsetto gessato nelle fratture di colonna: tratto lombo dorsale è costantemente usato nella Clinica Chirurgica di Milano e nell'Ospedale Umberto I di Monza, con ottimi risultati.

L'A. con questo lavoro intende illustrare i motivi per cui secondo il concetto di Magnus e Bohler sia preferibile applicare la cura incruenta delle fratture e lussazioni del tratto dorso lombare anche se complicate da lesioni medullo radicolari.

Dichiara essere la riduzione delle fratture di colonna in genere una operazione di urgenza come l'addome acuto.

Esamina quali sono i casi in cui è opportuno l'intervento cruento.

Illustra il metodo usato riportando due casi molto dimostrativi.

Conclude sulla necessità del trattamento ortopedico anche in casi gravi; trattamento che permette un rapido ripristino delle funzioni degli arti e quindi dell'attività lavorativa del paziente.

BIBLIOGRAFIA.

Per la patogenesi e il quadro clinico delle lesioni midollari e radicolari nei traumi della colonna vertebrale, rimando alla relazione presentata da Cesare Antonucci al 43° Congresso della Società Italiana di Chirurgia (Roma, ottobre 1936-XIV).

Per la tecnica di riduzione e di applicazione del corsetto gessato rimando alla descrizione originale di Boehler L.: « *Tecnicnique du traitement des fractures* ». Masson, ed., 1934 - Paris.

La descrizione originale del metodo di anestesia locale secondo Schneck si trova nello scritto di questo autore pubblicato nella rivista « Der Chirurg. », 1930, Heft, 18

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI BOLZANO
DIVISIONE DERMATOLOGICA
Primario: Prof. E. CORTELLA.

Sopra un caso di sclerodattilia e suoi rapporti col morbo da Raynaud.

Dott. MARIO TORCHI, assistente.

Il caso clinico, che sto per descrivere, non presenta note speciali caratteristiche o nuove. È una sindrome già descritta sulla quale però è opportuno, a mio avviso, fermare ancora l'attenzione anzitutto perchè l'argomento, per quanto già trattato, offre ancora dei lati oscuri sopratutto per ciò che si riferisce alla etiologia e terapia; secondariamente perchè l'argomento della sclerodermia non è nè troppo vecchio, nè troppo nuovo per non meritare ancora alcune considerazioni.

La sclerodermia non rappresenta finora una entità nosologica a se stante ben chiara e ben definita per mancanza di conoscenza sulla sua eziologia e patogenesi ed è per questo che sotto il nome di sclerodermia vengono raggruppate varie sindromi o, per meglio dire, vari stati che riconoscono la sclerodermia quale fattore eziologico.

La malattia descritta dal Curzio nel 1775, fu poi chiamata dall'Alibert nel 1817 scleremia, quindi dal Thirial (1845) sclerema degli adulti, per poi avere il nome definitivo di sclerodermia del Gintrac (1847).

Dal punto di vista anatomo-patologico la sclerodermia consiste in una trasformazione fibrosa o sclerosa del derma con conseguenti alterazioni della cute e dei suoi annessi. Macroscopicamente la cute colpita assume un particolare aspetto; è tesa, lucente, legnosa, bianco-giallastra o cerea, non mobile sui piani profondi e non sollevabile in pliche. A carico dei tessuti sottostanti si ha uno sviluppo cospicuo di fitti fasci di tessuto connettivo adulto, che formano nel derma e spesso anche nell'ipoderma una rete a maglie più o meno strette. Le ghiandole cutanee e i peli compressi e stipati da questi fasci vanno poi incontro a gravi alterazioni, che ne producono in un primo tempo l'atrofia e per ultimo la scomparsa completa. I vasi arteriosi e venosi sono poi sede di fatti di endo e periarterite e di endo e periflebite.

Volendo tratteggiare e descrivere brevemente lo stato sclerodermico secondo le vedute moderne, alcuni autori affermano essere la sclerodermia « un insieme di processi, i quali senza trasformazioni cellulari e senza cospicue infiltrazioni cellulari, attraverso un rigonfiamento del connettivo, sono atti a provocare, al massimo del loro sviluppo, modificazioni cutanee tali da fare perdere alla cute la sua malleabilità, la sua pieghevolezza, la sua compressibilità; e la cute si presenta al tatto dura, coriacea, assume un aspetto bianchiccio, giallíccio o pigmentato, pure mantenendo una superficie asciutta; in ultimo essa cade in preda alla atrofia ». (Ehrmann e Brünauer).

Nella sclerodermia secondo i concetti moderni vengono a essere distinte varie forme:

1) sclerodermia generalizzata;

2) sclerodermia circoscritta a macchie o a striscie;

3) sclerodermia progressiva o sclerodattilia del Ball.

Dato che il nostro caso clinico si riferisce all'ultima forma, è su questa che desidero brevemente intrattenermi.

L'insorgenza della malattia si ha in modo esclusivo all'età dai 20-30 anni e nelle donne durante il periodo della menopausa. La malattia insorge senza una causa apparente con una sintomatologia consistente in turbe nervose e vascolari, che possono colpire non solo le dita, ma anche le parti acroposte come i padiglioni degli orecchi, i piedi, il naso, gli zigomi. I disturbi consistono in sensazioni di freddo, crampi, asfissia locale, sincope locale e hanno la caratteristica in generale di avere un decorso piuttosto continuo, anzichè accessuale. Tali turbe si possono prolungare per mesi ed anche per anni e quando si attenuano compare allora il processo sclerodermico.

Riporto qui la bella descrizione del Ball, che, pure essendo antica, ci dà un quadro classico della malattia.

« Al principio gli ammalati, dopo avere sofferto dolori più o meno vivi in corrispondenza delle articolazioni falangee mostrano una tinta livida alla estremità delle dita con un leggero indurimento della pelle. Di primo acchito si potrebbe confondere questo stato speciale coll'asfissia locale, ma i fatti non tardano a farsi caratteristici. La malattia ordinariamente progredisce per attacchi, che si ripetono e succedono preceduti o seguiti da dolori, spesso accompagnati da piccole ulcerazioni in vicinanza delle superfici articolari, che guariscono dopo un certo tempo, dando luogo ad una cicatrice bianca indelebile. Ben presto le dita sono portate alla flessione forzata, le terze falangi si piegano ad angolo retto sulle seconde e più tardi queste si piegano sulle prime ».

In un primo momento dunque i tessuti col-

piti in generale si presentano cianotici, lividi, tumidi, succolenti, in seguito poi la cute e i tessuti sottostanti vanno incontro ad una sclerosi atrofico-edematosa, per cui la cute stessa si fa dura, tesa; la pelle si fa quasi aderente alle ossa, le estremità delle falangi si assottigliano, si affilano, le unghie si alterano, si distrugge una parte più o meno estesa d'una o di parecchie dita. Questo è il quadro dell'evoluzione della malattia, ma prima di raggiungere lo stadio finale, ripeto, possono intercorrere mesi ed anni ed è appunto durante questo lungo periodo, direi quasi preparatorio, che i sintomi svolgentesi possono avere una caratteristica del tutto diversa, tanto da fare confondere la malattia col morbo di Raynaud. Infatti più volte la sintomatologia incomincia con crisi di sincope e di asfissia, di dolori e di crampi come avviene nello stesso morbo del Raynaud.

È il decorso della malattia con la frequenza degli attacchi, con la tenacità delle lesioni, con l'apparizione delle lesioni e delle modificazioni che insorgono alle dita che ci pone sulla strada della giusta diagnosi.

I fenomeni vasomotori Raynaud simili, come si vede, non sono eccezionali e possono in certi casi instaurarsi contemporaneamente al processo sclerodermico (in generale cessano al comparire della sclerodattilia), come pure possono insorgere dopo il processo sclerodermico (casi molto rari però). Per la frequenza e la concomitanza di tali turbe vasomotorie alcuni autori come il Grasset pensano ad una unicità fra le due malattie che potrebbe avere due evoluzioni:

1) gangrena locale
2) sclerodattilia

Esistono però dati di diagnosi differenziale sui quali desidero ritornare in seguito, dopochè avrò descritto il caso clinico che presenta in realtà qualche dato interessante.

Si tratta di una donna:

M. R. di anni 31 da Bressanone (Bolzano), entrata nel nostro reparto il 23 aprile 1939.

Antecedenti familiari. — La madre è deceduta in seguito a un trauma alla testa; il padre è pure deceduto sembra per una cardiopatia. Ha nove fratelli viventi e sani; due fratelli sono morti, uno per t.b.c. ossea, l'altro per cardiopatia.

Anamnesi fisiologica. — Nata da parto eutocico, ha avuto allattamento materno; sviluppo fisico e psichico normale. Mestruata a 14 anni, i flussi non sono mai stati regolari per ritmo; non è coniugata, ma ha avuto due gravidanze espletatesi a termine con figli viventi e sani. Da circa un mese la paziente non ha notato la comparsa della mestruazione. Vive in uno stato indigente.

Anamnesi patologica. — Ha sofferto in tenera età dei comuni esantemi dell'infanzia, e da allora ha sempre goduto ottima salute fino all'età attuale. Otto mesi fa la paziente ha incominciato ad accusare dolore lieve in corrispondenza dell'ultima falange del dito medio mano sinistra. Tale dolore aveva la caratteristica di essere intermittente e di essere seguito da parestesia sotto forma di formicolio e da crisi ischemiche, che rendevano il suddetto dito di un colorito bianco cereo. È poi comparsa poco tempo dopo una tumefazione diffusa a carico dei tessuti molli dell'ultima falange, per cui questi si mostravano un poco cianotici e succulenti. Lo stesso meccanismo processuale è poi insorto anche a carico dell'ultima falange del dito indice. La succulenza è poi scomparsa per dar luogo ad una secchezza ed a una durezza dei tessuti stessi; è comparsa anche anestesia nelle falangi colpite. Due mesi fa poi la paz. ha notato una diminuzione dei movimenti all'ultima articolazione interfalangea delle dita colpite e inoltre osservò che le ultime falangi andavano assumendo un certo angolo con le seconde falangi. Ultimamente si sono poi verificati fatti di necrosi a carico del dito indice. È stata curata con varie pomate ed unguenti senza alcun risultato, per cui la paz. dopo una nostra visita, viene ricoverata nella nostra divisione.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali scadenti per nutrizione e sanguificazione; apparato scheletrico normale. Pannicolo adiposo scarso: presenza di smagliature diffuse all'addome per i parti precedenti e di numerose varici agli arti inferiori.

Capo e collo. — Testa di forma regolare, lingua normale di colorito, umida. Pupille isocoriche e bene reagenti alla luce e all'accomodazione.

Apparato cardiovascolare. — Polso ritmico e normale per frequenza (74 pulsazioni al minuto). Pressione massima 110, minima 75. Cuore nei limiti con itto al V spazio intercostale sinistro a un centimetro dalla mammillare. Toni cardiaci leggermente impuri alla punta, normali sugli altri focolai.

Apparato respiratorio. — Torace di forma regolare, emitoraci eguali ed egualmente espansibili. Nulla di anormale si rileva alla percussione ed alla ascoltazione.

Addome sfiancato per rilassamento dei tessuti, dato le precedenti gravidanze. Vi si notano numerose strie gravidiche specie all'attacco degli arti inferiori.

Organi ipocondriaci normali e in sede.

Apparato genitale. — Genitali esterni di volume e di forma normali. Il collo uterino è ingrossato uniformemente e di consistenza molle, abraso e sanguinante. Alla spremitura dell'uretra esce una goccia di secreto, su cui riesce positiva la ricerca del gonococco di Neisser.

Sistema linfatico indenne.

Sistema nervoso. — Pupille isocoriche ben reagenti alla luce e all'accomodazione, riflessi mucosi, riflessi cutanei, riflessi osteoperiostei presenti e normali.

Psiche non molto evoluta con accentuate tendenze malinconiche.

Esame delle regioni colpite. — Le alterazioni obbiettive più importanti nella paziente si rilevano a carico di due dita della mano destra e precisamente del dito indice e del dito medio nella loro parte distale. In corrispondenza di

questa parte le dita si presentano ingrossate, assumendo il caratteristico aspetto di dita a bacchetta di tamburo o meglio ancora a battacchio di campana (specialmente il dito medio). La falange ungueale forma con la seconda falange un angolo di flessione specie nel III dito. L'ingrossamento è a carico per lo più dell'ultima articolazione interfalangea. Tale tumefazione a manicotto, in corrispondenza della regione dorsale delle dita presenta una consistenza dura fibrosa, mentre nella regione palmare è molto molle, elastica.

In corrispondenza del polpastrello del dito indice e precisamente lungo il solco ungueale si nota una zona di necrosi di forma rettangolare. Esiste desquamazione a piccole lamelle bianco giallastre. Un inizio di necrosi si nota anche alla regione palmare della falange ungueale del III dito sul lato mediale. Le unghie si presentano particolarmente alterate.

FIG. 1. — La paz. all'ingresso in ospedale.

L'unghia del III dito ha una superficie maggiore di quella del corrispondente dito dell'altra mano, è rugosa, convessa, opaca, striata in senso trasversale.

L'unghia del II dito assume un aspetto onicogrifotico ed ha la superficie dorsale molto convessa. La sensibilità termica tattile, dolorifica è abolita alle ultime due falangi e riprende solo verso la parte distale della prima falange.

ESAMI SPECIALI PRATICATI.

Esame urine. — P. S. 1015, color paglierino; odore sui generis; albumina tracce; zucchero assente; pigmenti biliari assenti; urobilina assente; sangue assente; urea 220 e urico 0,46; sedimento: cellule di sfaldamento delle basse vie urinarie ed epiteli vaginali, fosfati amorfi.

Esame ematologico. — Citometria: globuli rossi 4.750.000; globuli bianchi 7.200; emoglobina 98%; valore globulare 1,03. Formola leucocitaria: polinucleati neutrofili 72 %; basofili 2 %; linfociti 22 %; monociti 4 %. Reazioni sierologiche: reazione di Wassermann negativa; reazione di chiarificazione di Meinicke negativa; reazione di flocculazione di Sachs Witebski negativa.

Dopo una riattivazione con iniezioni di arsenobenzolo secondo le comuni norme il risultato è rimasto immodificato. Glicemia 0,98 ‰,

FIG. 2. — La paz. all'uscita dall'ospedale.

Esame del liquor. — Il liquor esce a goccia a goccia è limpido, incoloro (pressione 20 mm. al Claude). Reazioni: Wassermann — — — —; Nonne Apelt —; Pandy-Weichbrodt —; reazione del mastice negativa.

Esame dell'escreato. — Negativo per il bacillo di Koch.

Cutireazione alla tubercolina vecchia di Koch scarsamente positiva. Intradermoreazione alla tubercolina (Bayer) scarsamente positiva.

Esame secrezione uretrale e uterina: positivo per il gonococco di Neisser.

Esami radiografici:

Apparato respiratorio. — Scoliosi modica dorsale a S. italica; addensamento del disegno polmonare; non segni di focolaio. Diaframma mobile seni-costodiaframmatici deiscenti.

Mani. — La terza falange rispettivamente dell'indice e del medio della mano destra è mozzata circa a metà. L'estremo del moncone è irregolare.

Cranio. — Sella turcica a ferro di cavallo quasi a cerchio chiuso per congiungimento delle clinoidi anteriori con quelle posteriori.

SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO.

Prove farmacodinamiche. — *Adrenalina*: 1 mmgr. per via endomuscolare; dopo 15 minuti la paziente è in preda a tremore intenso, si apprezzano extrasistoli al polso che non raggiungono però un aumento di oltre otto pulsazioni al minuto. La prova è stata controllata per 60 minuti. La pressione non ha subìto modificazioni.

Pilocarpina: iniez. di pilocarpina cloridrato di 5 mmgr. per via endomuscolare. Polso: 72 prima dell'iniezione; 80 dopo 10'; 85 dopo 20; 85 dopo 30'; 85 dopo 40'.

La pressione rimane pressochè invariata. La paz. accusa dopo 15' intensa salivazione e sudorazione.

Atropina: iniez. di 1 mmgr. di solfato di atropina per via intramuscolare. Polso: 74 prima dell'iniezione; 70 dopo 10'; 74 dopo 20'; 82 dopo 30'; 88 dopo 40'; 86 dopo 50'; 82 dopo 60'.

Pressione pressochè invariata; la paz. avverte secchezza alla bocca; si nota midriasi accentuata.

Esami biopsici. — Si sono prelevati alcuni pezzetti di tessuto in corrispondenza del polpastrello del dito indice, là dove esisteva la piccola zona di necrosi: fissazione in alcool 95° e colorazione con ematossilina-eosina, emallume orange.

A piccolo ingrandimento si rileva cospicua atrofia della cute, spiccata acantosi e zone di infiltrazione linfocitaria che si approfondano nel derma. Al di sopra dello strato lucido dell'epidermide lo strato corneo è considerevolmente ispessito (ipercheratosi) e assume il colore dell'eosina.

A forte ingrandimento gli strati dell'epidermide e sopratutto lo strato spinoso si dimostrano edematosi, per cui le cellule in questo ultimo strato sono piuttosto rigonfie con i prolungamenti spinosi più lunghi del normale. Nello strato basale le cellule hanno contorni mal definiti con qualche cariocinesi atipica e denotano un certo movimento in profondità con tendenza a invadere la profondità del derma. Nel derma cospicui e accentuati esistono focolai di infiltrazione fibroblastica, e fibrocitica e in misura più abbondante linfocitaria. Le papille si dimostrano un poco appiattite. A carico dei piccoli rami arteriosi si notano fatti di peri, di meso e di endoarterite, che in alcuni casi raggiungono quasi la completa obliterazione del lume. Anche le piccole vene sono in preda a fatti di endo e periflebite.

Tanto nel derma, quanto nel connettivo sottocutaneo esiste edema che disgiunge notevolmente la compagine tissurale.

Decorso clinico e cure praticate. — L'attuale degenza della paziente si è prolungata in ospedale per circa due mesi. È stata curata l'uretro cervicite da cui la paz. era affetta con vaccini, medicazioni, ovuli, lavande, preparati sulfamidici. Per la sclerodattilia sono state praticate cinque iniezioni di acetilcolina e tre sedute di Röntgenterapia sulla colonna cervico dorsale. Dopo le irradiazioni si è notato un miglioramento sensibile: le zone di necrosi si sono delimitate e si sono eliminate completamente. I tessuti delle dita colpite si sono fatti più pastosi; non è però ricomparsa la sensibilità, come pure è persistita la semiflessione della III falange sulle seconde. Complessivamente la paz. ha ritratto un notevole miglioramento dalle cure eseguite, per quanto i fatti sclerodermici non si siano che in parte attenuati.

La paz. è stata dimessa il 10 giugno 1939 ed era in istato interessante al IV mese.

*

Considerazioni.

Il caso descritto presenta qualche difficoltà ad una esatta interpretazione diagnostica; infatti da un lato troviamo fenomeni vasomotori (crisi acroasfittiche, sincope locale, dolori, parestesie, formicolii) come nel morbo di Raynaud; da un altro lato troviamo l'aspetto della cute, la flessione delle falangi, l'aspetto delle unghie e il reperto radiografico delle falangi colpite, caratteri propri della sclerodattilia.

In realtà dati sicuri di diagnosi differenziale fra le due malattie non esistono: è vero che alcuni caratteri differenziali sono propri di ciascuna malattia, quali le pigmentazioni (Dahmen), le deposizioni di sali di calcio, il riassorbimento di calcio a carico delle falangi colpite, peculiari per la sclerodattilia; la motilità conservata delle articolazioni, la perdita di sensibilità e i disturbi di trofismo, caratteristiche del morbo di Raynaud. Sono però questi dei criteri molto relativi, perchè spesso accade di osservare una vera trasformazione dell'una nell'altra manifestazione.

Nel nostro caso infatti sono presenti sintomi che stanno per entrambe le malattie e non si nota una netta predominanza dei sintomi per l'una o per l'altra forma, per cui non pare, a mio avviso, si debba del tutto escludere la possibilità di una unicità fra le due sindromi, le quali talora possono presentare una gamma di gradazioni fino a raggiungere gli estremi, coi caratteri classici e inconfondibili delle due malattie stesse. Il nostro presente caso potrebbe inquadrarsi fra quelle sindromi intermedie ancora in evoluzione. Infatti se la sintomatologia iniziale, la completa anestesia termica, dolorifica, tattile delle dita colpite, l'ingrossamento a battacchio di campana delle dita affette dal processo e le necrosi stanno più per una sindrome del Raynaud, esistono però alcuni dati obbiettivi che ci illuminano sull'eventuale progredire della malattia verso una sclerodattilia. Questi dati sono basati sopratutto sul reperto bioscopico, perchè non sono sufficientemente illustrativi per porre una diagnosi nè il reperto obbiettivo riguardante l'aspetto delle dita, nè le alterazioni ungueali, e nemmeno il reperto radiografico delle falangi. In realtà anche nel morbo di Raynaud ci è dato a volte di constatare un riassorbimento osseo con l'aspetto di falangi mozze, ma non esiste l'appiattimento delle papille del derma, i fatti di edema associati a fatti di infiltrazione fibroblastica e fibrocitica, quelli di endo e meso arterite, sintomi propri della sclerodattilia. Nel nostro caso potremmo dunque con-

cludere di trovarci di fronte ad una forma intermedia fra il morbo di Raynaud e la sindrome di Ball con evoluzione verso questa ultima.

Rispetto alla patogenesi della malattia in causa molto si è discusso e molto si discute ancora.

Si è pensato alle malattie infettive, ai raffreddamenti, agli stati indigenti delle persone colpite, ai traumi psichici come primum movens.

Nella nostra paziente, a parte che nei collaterali figuri un fratello morto per tbc., non esistono segni di tale malattia, nè mai è stata affetta da lues o da altre malattie infettive. Esiste però un fatto, cioè che la sua vita si è sempre trascinata negli stenti e nell'indigenza, per cui ne è derivato un certo grado di impressionabilità sia per la gravidanza in corso, sia per le gravidanze in precedenza. Ad ogni modo la sintomatologia è sorta all'improvviso, sembra, senza una causa apparente. Appare quindi più giustificato per varii ordini di idee rivolgere la nostra attenzione verso quel campo ancora oscuro che si riferisce ai complessi sistemi endocrino e neuro-vegetativo, interpretando la sindrome in causa come una loro disfunzione.

Thiebirge nel 1904 già aveva messo in rapporto lo stato sclerodermico con una disfunzione della tiroide e ciò è stato confermato in molti casi, in cui effettivamente si è raggiunto un miglioramento con la opoterapia tiroidea. Anche l'ipofisi sarebbe posta in causa, ma non esistono sintomi clinici, che parlino per una disfunzione ipofisaria nel nostro caso; l'esame della sella turcica non ci ha rivelato alcunchè di anormale, nè esistono segni di acromegalia, nè di diabete insipido. Si è anche pensato all'influenza di disordini funzionali delle ghiandole surrenali e del timo, ma sovente a nessun pratico risultato sono approdate le indagini in merito.

Recentemente l'attenzione degli studiosi si è orientata verso le paratiroidi dato che nella sclerodattilia il tasso ematico del calcio trovasi aumentato. Effettivamente l'eccesso di calcio spesso dimostrabile dà luogo a quelle concrezioni caratteristiche che si rilevano nei tessuti colpiti; si avrebbe così un alterato metabolismo del calcio, ciò che ha indotto a compiere in alcuni pazienti l'intervento operatorio con l'ablazione parziale delle paratiroidi. I risultati sono però stati in parte aleatori, in parte buoni, ma transitori.

Nella nostra paziente non abbiamo potuto dosare il calcio nel sangue, ma non esistevano segni di ipercalcemia sotto forma di concrezioni nei tessuti colpiti. Potrebbe se mai, assurgere a entità patogenetica la disfunzione ovarica che la paziente stessa presentava sotto forma di irregolarità mestruali.

Riguardo all'influenza del sistema neuro-vegetativo, siccome i dati delle prove farmacodinamiche sono molto discordanti per i diversi autori, nulla di sicuro questi ci possono dire, nè tanto meno illuminare il complesso problema ezio-patogenetico.

Mentre alcuni ammettono nella sclerodermia una simpaticotonia, altri invece sostengono una ipertonia del sistema vagale.

È però un fatto ben stabilito che le risposte in generale dei farmaci introdotti non sono normali. Anche nella nostra paziente sono state eseguite alcune prove farmaco-dinamiche, i cui dati ci hanno rivelato una prevalenza del tono vagale.

Curschmann e Dara Goering pongono a base della malattia alterazioni a carico del simpatico e a ciò fanno fede i reperti anatomopatologici di Leriche e Fontaine i quali notarono nei pazienti lesioni nei gangli cervicali simpatici sotto forma di sclerosi perivasale o diffusa, infiltrazioni leucocitarie e fatti degenerativi. Uguali constatazioni furono fatte dal Rieder nel morbo di Raynaud, per cui la cura a cui è stata sottoposta la nostra paziente si è basata sul presupposto che esistessero abnormi processi irritativi del distretto simpatico. La cura, se non ha ottenuto un risultato completo, ci ha però dato una conferma della presenza delle alterazioni a carico dei gangli simpatici che si sono modificati, determinando la scomparsa delle necrosi dei tessuti colpiti dal processo morboso e il ripristino del trofismo normale.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di sclerodattilia, presentante anche sintomi del morbo del Raynaud. Premesse alcune considerazioni generali, discute sui vari dati differenziali fra le due malattie. Trattando delle etiopatogenesi e delle cure, conclude per una sindrome evolventesi verso la sclerodattilia.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

DARIER. *Précis de Dermatologie.*

CHARCOT. *Trattato di Medicina.*

SCOLARI. Giornale Italiano di Dermatologia e sifilografia, 1931.

COMEL. Giornale Italiano di Dermatologia e sifilografia, 1936.

RADAELI. *Malattie della pelle.*

CECCONI. *Trattato di Medicina*, vol. V.

Nouvelle pratique, vol. VIII.

GERBI. *Opera Medica Wassermann*, vol. 83.

SUNTI E RASSEGNE

CUORE E CIRCOLAZIONE.

Importanza pratica dell'elettrocardiogramma.

(A. WEBER. *Mediz. Welt*, 16 dicembre 1939).

L'elettrocardiogramma ci fornisce molte preziose indicazioni, non si deve però aspettarsi da esso quello che non può dare. Così l'elettrocardiogr. non fornisce alcuna indicazione intorno alla funzionalità meccanica del cuore nè intorno alla grandezza di esso, nè indica direttamente la esistenza di lesioni anatomiche del cuore. Esso registra separatamente l'azione delle orecchiette e quella dei ventricoli, e dà precise indicazioni sul punto di origine della contrazione sulla via che la contrazione segue nel cuore, e sulla rapidità con cui essa si propaga.

Extrasistoli ventricolari sono spesso avvertite soggettivamente, altre volte sono riconoscibili solo alla registrazione: sia nell'uno che nell'altro caso possono essere innocue oppure serie. Innocue sono le extrasistoli che compaiono fin dall'età giovanile senza che il cuore sia malato e che nel corso degli anni mantengono sempre la stessa forma: soprattutto se esse si manifestano in occasione di eccitazioni psichiche e non dopo fatiche fisiche. Si devono invece considerare seriamente le extrasistoli che si presentano in età avanzata, insieme ai segni di sclerosi coronaria, o quelle che cambiano notevolmente di forma nello stesso paziente o quelle che compaiono dopo fatiche fisiche: esse corrispondono allora ad una o più regioni lese della muscolatura ventricolare. Extrasistoli atriali si devono sempre considerare come serie: spesso precedono una fibrillazione dell'orecchietta. Serie sono anche le extrasistoli atrio-ventricolari che non di rado preannunziano una tachicardia parossistica atrio-ventricolare.

La aritmia assoluta non di rado si manifesta dapprima ad accessi con intervalli irregolari mentre clinicamente non si può dimostrare un danno al cuore. Benchè col tempo tali accessi divengano più frequenti e più prolungati e infine si stabilisca una fibrillazione permanente, pure possono talora passare dei decenni prima che il cuore diventi insufficiente: i pazienti possono raggiungere età di 70 anni e oltre. Molto peggiore è la prognosi nei casi di fibrillazione in soggetti tireotossici in cui costituisce una complicazione che mette in imminente pericolo la vita. Fibrillazione che si inizia in età avanzata, senza che esista un vizio di cuore nè tireotossicosi, deve far pensare a sclerosi coronaria: è l'esponente di disturbi nutritivi dell'orecchietta destra, la prognosi è assai riservata. La fibrillazione auricolare è frequente negli stadi tardivi dei vizi di cuore, è costante in quelli della stenosi mitralica: prognosi seria.

I disturbi di conduzione dello stimolo sono esponenti di lesioni miocardiche a meno che non siano dovute ad azione del vago nel qual caso essi vengono rimossi dalla atropina. Lievi gradi si rivelano con un prolungamento del tempo di conduzione, gradi più accentuati con una interruzione completa della conduzione, cioè blocco. Forme intermedie sono i « periodi di Wenckebach », in cui ad ogni battito la conduzione diviene più lenta fino al blocco durante il quale il miocardio danneggiato ha la possibilità di riprendersi, e il « blocco incompleto » in cui viene condotto solo ogni secondo, o terzo, o quarto battito. Un semplice ritardo nel tempo di conduzione sui 0,2 secondi si riscontra spesso come unico disturbo dopo fatiche, intossicazioni o infezioni. Il disturbo è innocuo se esso scompare dopo giorni o settimane. Se invece esso persiste molto a lungo o definitivamente (p. es. dopo difterite o poliartrite) si devono ammettere lesioni permanenti del fascio di His: la prognosi è buona se le lesioni sono limitate a questo (elettrocardiogramma normale in tutto il resto). Talora però il disturbo si manifesta subdolamente, senza una causa evidente, si tratta allora per lo più di sclerosi coronaria che come è noto può per lungo tempo non dare alcun disturbo soggettivo.

Blocco della branca di Tawara e blocco di arborizzazione possono manifestarsi in via transitoria, p. es. durante una difterite: per lo più si tratta però di lesioni permanenti dovuti a sclerosi coronaria. Le manifestazioni possono comparire senza dare alcun sintomo clinico, oppure la comparsa è brusca in occasione di un infarto del cuore. Nei casi dovuti a sclerosi coronaria la prognosi è molto grave: constatato un blocco di Tawara o di arborizzazione la vita per lo più non si prolunga al di là di mesi o al massimo di pochi anni.

La sclerosi coronaria modifica l'elettrocardiogramma in seguito al deficiente afflusso di ossigeno al miocardio. Il segno principale di una insufficienza coronaria è il decorso del tratto S-T al disotto della linea dello 0, nelle derivaz. I e II nella insufficienza della coronaria sinistra, nelle derivaz. II e III nella insufficienza della coronaria destra. Queste alterazioni si devono attribuire però a disturbi circolatori solo se esse compaiono nell'attacco anginoso, o durante respirazione deficiente di ossigeno o se sono permanenti. Se si sono prodotte nel miocardio delle necrosi che racchiudono parti del sistema specifico, lo stimolo si propagherà nel cuore per una via diversa dalla normale: la forma dell'elettrocardiogramma è allora permanentemente alterata. Se invece un infarto risparmia i grandi rami del sistema specifico e se la irrorazione del miocardio rimane sufficiente, dopo passati i primi sintomi acuti l'elettrocardiogr. non indica più la esi-

stenza di un infarto. In questi casi, nonostante la esistenza di gravi alterazioni coronarie e di sensibili disturbi soggettivi, l'elettr. può essere normale, almeno in stato di riposo: molto più frequenti sono però i casi in cui la sclerosi coronaria non dà alcun sintomo soggettivo ma si rivela chiaramente all'esame elettrocardiografico. Se l'elettr. è normale mentre i disturbi soggettivi fanno pensare alla sclerosi coronaria, la diagnosi si basa su criteri clinici: così è tipica la comparsa di accessi anginosi dopo i pasti o al passaggio dal caldo al freddo (si devono però escludere i vizi cardiaci e l'anemia che possono dare eguali manifestazioni senza che esista una sclerosi coronaria). La diagnosi è avvalorata dalla constatazione radiologica di una sclerosi dell'aorta o di un cuore flaccido: anche una lues antica fa pensare alla sclerosi coronaria. In molti di questi casi la respirazione di aria impoverita di ossigeno modifica in modo tipico l'elettrocardiogramma.

Se mancano disturbi soggettivi e l'elettr. presenta alterazioni tipiche già in condizioni di riposo oppure solo se si fa respirare aria povera di ossigeno, mentre si escludono altre influenze (anemia, infezioni, digitale) è necessario stabilire se le alterazioni sono permanenti: in tal caso la sclerosi coronaria è molto probabile anche se manca qualsiasi disturbo, se la funzionalità è buona, se è buono l'aspetto, se è normale la funzione renale. Frequente conseguenza della sclerosi è la trombosi di una delle arterie coronarie. Se non esistono sufficienti collaterali il miocardio nutrito dalla arteria otturata cade rapidamente in necrosi. Nell'elettr. si constata una deformazione monofasica del complesso ventricolare: inizio più alto del tratto S-T in I ed event. in II derivazione nell'infarto della parete anteriore, in III ed event. in I derivazione nell'infarto della parete posteriore. Dopo giorni, settimane o mesi la deformazione monofasica scompare: l'elettr. ritorna normale oppure presenta alterazioni permanenti, tra cui quelle che fanno sospettare un avvenuto infarto sono un T_{I} o T_{II} risp. T_{III} e T_{II} particolarmente profonde o acute, un blocco di Tawara o di arborizzazione, oscillazioni particolarmente piccole in tutte e 3 le derivazioni (meno di 1/2 m. Volt), Q_{III} ed event. Q_{II} grandi, e complessi iniziali ventricolari a forma di W o di M.

I cambiamenti di posizione del cuore provocano modificazioni dell'elettroc. (ricerche sperimentali su animali); nell'uomo l'innalzamento del diaframma (p. es. nella gravidanza avanzata) e la conseguente posizione più adagiata del cuore fa sì che R_{I} diventi grande R_{III} piccolo o negativo, T_{III} egualmente negativo. Invece nella posizione abbassata del diaframma in individui a torace stretto e lungo, R_{I} è piccolo e negativo, R_{III} è grande e positivo. In queste alterazioni dell'elettroc. da posizione (tipo da posiz. destra e tipo da pos. sinistra) la durata del complesso QRS si mantiene entro limiti normali: la funzione del cuore non è affatto alterata. Il comportamento opposto di R nelle derivaz. I e III si riscontra però, oltre che in queste innocue variazioni di posizione del cuore, anche in altre condizioni: nelle extrasistoli ventricolari, nel blocco della branca di Tawara, e soprattutto nelle lesioni miocardiche dalle cause le più svariate. In questi casi si notano però anche altre modificazioni nell'elettroc., quali il prolungamento del complesso, iniziale (0,90" e più), la grandezza supernormale dell'accidente R in almeno una delle derivaz. I e III, il comportamento opposto del tratto ST di fronte all'accidente R. Da alcune forme di elettrocardiogramma si può giudicare se sia prevalentemente leso il ventricolo sinistro o quello destro: la conduzione è ritardata nel ventricolo sinistro in casi di insufficienza aortica e negli stadi tardivi della ipertensione, è ritardata nel ventricolo destro in casi di stenosi mitralica pura, di vizi congeniti e di restringimento del circolo polmonare (cifoscoliosi, enfisema di alto grado, sclerosi dei polmoni).

P.

Disturbi di irrorazione coronaria nella stenosi aortica.

(P. MÜLLER. *Klin. Wochenschr.*, 6 gennaio 1930).

L'A. rileva che la stenosi aortica pura è tra tutti i vizi valvolari di gran lunga il più raro, soprattutto nelle donne. Tra gli uomini sembrano essere disposti a tale vizio i tipi robusti, muscolosi. La stenosi delle valvole aortiche è conseguenza di una endocardite, al contrario della insufficienza aortica essa non è mai di natura sifilitica. Nella stenosi aortica il ventricolo sinistro, situato dinanzi all'ostacolo, deve compiere un iperlavoro e quindi si ipertrofizza. La ipertrofia interessa soprattutto la parte trabecolare della punta e la parte aortica del ventricolo.

Nei casi non complicati la pressione del sangue è normale. L'elettrocardiogramma mostra spesso un tipo di sinistra con discordanza di QRS in I e in III derivazione. La ipertrofia del ventricolo sinistro provoca un rallentamento nella conduzione dello stimolo nel segmento sinistro di Tawara, che si estrinseca con un innalzamento di R in I derivazione e un approfondirsi di S III, mentre la durata di QRS ed ST-T restano invariati. Le manifestazioni cliniche della stenosi aortica sono scarse, il compenso per lo più non viene turbato almeno per molto tempo. In caso di scompenso si ha una insufficienza acuta del circolo con grave stasi polmonare: è però facile ripristinare il compenso, perchè il ventricolo sinistro è ricco di massa muscolare su cui digitale e strofantina agiscono efficacemente. Il processo valvolare stenosante non rimane però stazionario: in se-

guito all'aumentata pressione esercitata sull'ostio ristretto, si determinano processi aterosclerotici sulle valvole aortiche, la stenosi ne risulta naturalmente aggravata. Aumenta allora il sangue residuo sistolico, la pressione del sangue diminuisce. In questo momento il fabbisogno di ossigeno dei tessuti non viene più coperto, le arterie coronarie non sono più in grado di fornire l'ossigeno al miocardio che ne è avido: si sviluppa uno stato di insufficienza coronaria. Questa deficienza di apporto di ossigeno al miocardio lascia come segno obbiettivo delle necrosi miocardiche, soggettivamente essa può determinare il quadro della angina pectoris. Nell'elettrocardiogramma la insufficienza coronaria si manifesta con un abbassamento di ST in I ed eventualmente anche in I derivazione. Quindi nella stenosi aortica il tipo di sinistra dell'elettrocardiogramma ha una importanza prognostica grave solo se contemporaneamente si riscontrano alterazioni di ST. Due casi clinici confermano quanto sopra. P.

Studi sull'ipertensione essenziale.

(H. A. SCHROEDER e J. M. STULE (*Arch. of Int. med.*, 5 novembre 1939).

L'ipertensione arteriosa è frequente. In alcuni casi è associata a malattie già dichiarate ed evidenti e che ne sono ritenute la causa. Si tratta allora di una di queste quattro alterazioni: genitourinaria, nervosa, endocrina e vascolare. Questi casi sono ritenuti *di ipertensione secondaria* e si ritiene che quest'ipertensione scompaia collo scomparire della causa che l'ha prodotta.

Quando queste condizioni non esistono e l'ipertensione rappresenta una malattia indipendente, si parla di *ipertensione essenziale*.

Gli AA. si domandano se l'ipertensione essenziale, pur non essendo dipendente da altre malattie, non possa essere associata a queste. Sono stati indotti a pensare così dallo studio di 218 casi osservati in dieci anni e che essi hanno diviso in cinque grandi gruppi:

1) *Malattia renale* (che può precedere o seguire l'insorgenza dell'ipertensione).

2) *Disordini del sistema nervoso* (o sindrome diencefalica ipertensiva di Page).

3) *Disfunzione endocrina.*

4) *Malattia vascolare.*

5) *Gruppo non classificato.*

Tolto quest'ultimo gruppo, si tratta delle medesime malattie che hanno guidato la divisione in quattro gruppi delle forme di ipertensione secondaria.

È interessante seguire le osservazioni fatte dagli AA. sui vari gruppi suindicati:

1) *Malattie organiche del rene.* Nella letteratura recente sono riportati casi in cui l'ipertensione arteriosa era associata con una malattia renale unilaterale e in cui l'asportazione del rene malato aveva provocato l'abbassamento della pressione in modo drammatico. Si trattava di casi di pielonefrite, di adenosarcoma, di costrizione dell'arteria renale, di infarto del rene.

Nei casi degli AA. 56 (cioè il 26 %) presentavano malattie renali. In alcuni c'era nefrite acuta seguita da ipertensione arteriosa con funzione renale normale, casi in cui, dopo la morte, furono osservate lesioni tipiche glomerulonefritiche sebbene il decorso della malattia non si fosse potuto distinguere da quello di un'ipertensione essenziale, casi in cui c'era una calcolosi renale precedente, casi di precedente pielonefrite di cui 3 con gravidanza comparsa come complicazione, casi di idronefrosi bilaterale senza insufficienza renale, un caso preceduto da eccesso di ingestione di alcalini, un altro in cui l'ipertensione era comparsa dopo un'iperazotemia e albuminuria da scottatura da lampada solare, casi con piuria persistente e casi con lesioni renali varie.

44 malati erano maschi e 12 femmine; 34 morirono (24 per insufficienza renale o cardiorenale, 4 per insufficienza cardiaca, 3 per accidenti cerebrali, 1 per anuria dopo cistoscopia e 2 per causa ignota).

2) *Disordini del sistema nervoso.* Nel 1935 Page descrisse un caso complesso osservato in una donna giovane con ipertensione essenziale e che egli chiamò sindrome ipertensiva diencefalica. Caratteristiche di questa malattia: arrossamento, irregolare, a chiazze, prima della faccia, poi del collo, del torace e a volte dell'addome, pianto spontaneo o lacrimazione, sudorazione eccessiva spesso nella medesima sede dell'arrossamento, palpitazioni e tachicardia, ipertensione, freddo alle estremità. Gli attacchi compaiono spontaneamente o per stimoli emozionali.

Questa sintomatologia ricorda l' epilessia diencefalica autonoma descritta dal Penfield.

In questo gruppo gli AA. hanno messo casi di instabilità vasomotoria, instabilità emozionale, instabilità automatica (sudorazione, lacrimazione, salivazione) e ipertensione arteriosa. In questi casi spesso si ha storia di difficoltà sessuali o di frigidità o di eccessivo appetito sessuale.

27 malati presentavano la sintomatologia completa di questa sindrome, 19 ne presentavano la maggior parte.

3) *Disfunzione endocrina.* Si è attribuita all'ipofisi notevole importanza nella produzione dell'ipertensione. Si è parlato anche della tiroide, delle ghiandole sessuali. I casi degli AA. raccolti in questo gruppo erano 41 donne e due uomini; 13 avevano il tipo descritto da Bras e Stapiro (ipertensione tirotossica non da gozzo, cioè con metabolismo basale aumentato senza gozzo nè esoftalmo). In 4 casi l'ipertensione era cominciata in coincidenza collo sviluppo di ipertricosi. Tre avevano una sindrome di Cushing e quattro erano notevolmente obese.

4) *Malattia vascolare.* Spesso l'ipertensione essenziale e l'arteriosclerosi generalizzata si as-

sociano. Non sono chiari i rapporti esistenti fra queste due condizioni; 36 furono i casi osservati dagli AA. Un caso anche essi osservarono di ipertensione in malato di m. di Burger.

5) *Gruppo non classificato.* Questo gruppo comprende 37 casi.

Commentando le loro osservazioni gli AA. ritengono che si debba riconoscere come dipendente da alterazioni renali l'ipertensione se la pressione diastolica diminuisce dopo la nefrectomia. Per quanto riguarda l'ipertensione essenziale nervosa, essi hanno veduto diminuire la pressione dopo intervento chirurgico sulle radici dei nervi spinali anteriori. In alcuni ipertesi da tirotossicosi i malati sopravvivevano dopo 10 anni.

Dalle loro osservazioni gli AA. concludono che l'ipertensione essenziale non è una malattia primitiva. La classificazione che essi hanno proposto è solo provvisoria ed è un primo tentativo per vedere più chiaro in questo difficile problema. L.

Funzione della "pressione statica del sangue„ fra i normali fattori della pressione venosa specialmente nell'insufficienza cardiaca.

(I STARR e A. J. RAWSON (*The Amer. Journ. of Medic. Science*, gennaio 1940).

Gli AA. hanno fatto studi teorici su uno schema di migliorata circolazione le cui pompe obbediscono alla legge del cuore di Starling.

La congestione generalizzata delle vene è un sintoma su cui si sono sempre soffermati i clinici. Essa fu interpretata come un'insufficienza dei muscoli cardiaci. L'idea della vis a tergo come causa di congestione venosa quando il cuore si indebolisce seguì la conoscenza della stenosi mitralica.

Le prime ricerche sperimentali furono quelle di Cohnheim, che ebbe aumento della pressione venosa, che attribuì a debolezza del cuore, iniettando liquido nel pericardio di cani. Però negli esperimenti del Cohnheim si aveva caduta della pressione arteriosa; ma egli non sapeva che questo non avviene nell'insufficienza cardiaca dell'uomo, perchè lo si seppe solo nel 1905.

Nozioni classiche erano che la causa principale dell'aumento della pressione venosa risiedeva nella debolezza del cuore e che fosse una conseguenza della diminuzione della portata cardiaca. Ma quando si potè misurare la portata cardiaca, si trovò che alcuni individui con insufficienza cardiaca l'avevano maggiore di quella di individui normali.

Alcuni autori modificarono le idee classiche sull'argomento. Secondo Altschule nei casi di insufficienza cardiaca con portata normale si hanno valori metabolici alti e la deficienza congestiva si ha non perchè la portata cardiaca diminuisce, ma perchè la fornitura di ossigeno e degli altri metaboliti è insufficiente a soddisfare la richiesta dei tessuti. Secondo Harrison la congestione cardiaca con portata normale si deve attribuire a debolezza di una sola metà del cuore. Mc Michael pensa che i fenomeni congestizi non siano una conseguenza meccanica pura e semplice della diminuita circolazione, ma un meccanismo di compenso alla debolezza cardiaca.

Gli AA. osservarono per vari anni dei casi di cuori piccoli con portata cardiaca più piccola di quel che dovrebbe essere in proporzione, ma non videro in nessun caso congestione venosa, quindi questa non è certamente una necessaria conseguenza meccanica della diminuita circolazione.

Essi allora, per studiare il problema, costruirono un apparecchio che segue la legge del cuore di Starling. È importante la pressione esistente nell'apparecchio quando le pompe sono ferme. Questa *è la pressione media sistemica* di Starling, che gli AA. propongono di chiamare *pressione statica generale,* perchè essa riguarda le pressioni arteriosa, capillare e venosa.

In questo schema non si possono riprodurre le modificazioni della pressione arteriosa e venosa dell'insufficienza congestiva del cuore mediante il solo indebolimento del cuore. Si possono invece riprodurre con meccanismi particolari che producono aumento della pressione statica e precisamente vasocostrizione generale, pressione sui vasi dall'esterno, aumento del liquido circolante nel sangue.

I. Starr, nella medesima rivista, si occupa delle applicazioni cliniche di queste ricerche. Egli misurò la pressione statica in individui appena morti per insufficienza cardiaca congestiva e prima che il sangue si coagulasse e fece anche alcuni esperimenti su animali.

Nell'uomo, come negli animali, trovò una rapida caduta di questa pressione che poi si mantiene ad un dato livello costante. Dopo avvenuta la coagulazione del sangue o dopo comparsa la rigidità cadaverica la pressione statica si modificava o in più o in meno. L'apertura dei vasi sanguigni portava immediatamente una diminuzione della pressione statica, che invece aumentava colle pressioni sull'addome.

L'A. ritiene che non abbia valore l'obbiezione che si può fare che queste misurazioni postmortem non rappresentino veramente i valori della pressione statica.

I risultati ottenuti in 64 morti si possono riassumere nei seguenti dati.

Nelle persone morte per insufficienza cardiaca congestiva di lunga data la pressione statica del sangue era in media di 20,3 cm. di acqua, mentre di 7,6 cm. in persone morte non per malattia cardiaca.

Questa forte differenza giustifica l'aumento della pressione venosa osservata nei cardiopazienti e permette di pensare che la pressione venosa dipenda in gran parte da cause estranee al funzionamento del cuore. L.

Stato attuale della terapia solfoamidica

Gli streptosilici non hanno più bisogno, ormai, d'essere presentati al Medico, ma nel fervore di studi, intesi a creare e ad individuare la forma chimica più propizia ad assicurare il massimo di attività ed il minimo di tossicità, e nel continuo estendersi delle indicazioni terapeutiche di questi meravigliosi medicamenti, non sarà del tutto inopportuno fare, di tanto in tanto, come si suol dire, il « punto ». E ciò, sia per mettere un po' d'ordine nella posologia, che la più larga esperienza va fissando in modo definitivo, sia per chiarire le più opportune applicazioni dei vari tipi di questi preparati, sia, infine, per passare un po' sotto il vaglio di una serena critica quanto si è detto e si va dicendo sui pericoli della loro somministrazione, sulle conseguenze del loro uso e sulla incompatibilità con altri medicamenti.

CONSEGUENZE - INCOMPATIBILITÀ.

Si tratta qui di una questione sulla quale va particolarmente attirata l'attenzione del Medico, non fosse altro che per l'enorme importanza pratica che essa assume in quanto timori di eventuali pericoli, più o meno giustificati o esagerati, possono essere sufficienti a far sì che non venga tempestivamente applicata una terapia il cui successo può far meravigliare, o che tale successo sia allontanato o sminuito dalla somministrazione di dosi troppo basse e non adatte allo scopo.

Nessuno saprebbe condannare, a priori, l'accorta prudenza di cui si circonda ogni medico quando si accinge ad impiegare un medicamento nuovo, specie se attorno a questo medicamento, come è stato il caso dei solfoamidici, nel coro di entusiasmi si levano numerose dissonanti voci, gridanti al pericolo. Si ha il dovere d'intervenire, però, quando l'esperienza e la critica sono arrivate a dimostrare che, per lo meno, si era di molto esagerato e che l'allarme poteva essere più dannoso che utile.

È noto come da parte di numerosi Autori, specialmente americani, si sia parlato di « frequentissimi » incidenti, che andavano dalla semplice intolleranza gastrica con nausea o vomito, alle più o meno gravi eruzioni cutanee o più o meno persistenti neuriti, dalla azoospermia alle gravissime anemie emolitiche ed alla agranulocitosi. Sarà stata la particolare tossicità delle preparazioni là in uso? o sarà dipeso dalle dosi massive, in cui tali preparazioni venivano somministrate? Fatto sta che le moltissime prove sperimentali, subito intraprese e le innumerevoli osservazioni cliniche, su una statistica enorme, hanno dimostrato come fosse veramente eccessivo tale allarmismo ed hanno ridotto a ben modeste proporzioni le percentuali di gravi accidenti, che possono sopravvenire in seguito ad uso di preparati solfoamidici.

Così, d'altra parte, s'andava compilando una lunga lista di medicamenti che avrebbero dato luogo ad incompatibilità se usati contemporaneamente agli streptosilici. Nè la farmacologia ha potuto, però, render ragione di tali supposte incompatibilità, nè la pratica di tutti i giorni ha potuto confermarle chè, anzi, anche quelle ormai comunemente ammesse, come i solfati, in più d'un caso non hanno dato luogo a nessuna particolare reazione. E noi sappiamo di medici che hanno impunemente somministrato iposolfito di soda per os, o anche endovena.

Tutto ciò non significa, naturalmente, che si debba abbandonare ogni precauzione, ma deve essere sufficiente a togliere ai medici ancora titubanti le incertezze ed i timori sugli effetti collaterali che possono accompagnare l'attività terapeutica degli streptosilici, facendo loro presente che, con la graduale formazione di criteri posologici ben determinati da ampie statistiche e col diffondersi dell'abitudine di un più rigoroso controllo medico, al quale è sempre consigliabile sottoporre i malati che vengono curati con un medicamento di cospicua intensità d'azione come gli streptosilici, le complicazioni apparentemente insorte dopo uso di questi preparati van facendosi sempre più rare e, sopratutto, almeno nella grande maggioranza, vanno dimostrandosi co-

me fenomeni tossici assolutamente passeggeri e correggibili con la semplice sospensione della cura.

VARI TIPI DI STREPTOSILICI.

Non è questo il luogo per ripetere le ormai trite notizie sull'evoluzione dei processi chimici che hanno portato alla creazione dei primi preparati solfoamidici ed alle loro prime applicazioni terapeutiche. Sarà interessante invece fissare le caratteristiche fondamentali dei vari tipi di streptosilici che più si sono affermati e che, fatto importantissimo da conoscere dal medico, pur avendo tutti in comune indicazioni generali, hanno dimostrato sensibili diversità nella loro efficacia terapeutica, a seconda del tipo d'infezione e dell'agente patogeno che ne è causa.

È noto come si sia ben presto trovato che della complessa molecola dei primi preparati colorati, il nucleo veramente attivo era la paraaminofenilsolfamide (bianca) e come in questo senso si sia subito orientata la produzione chimica e la preferenza medica.

In Italia, quale primo prodotto nazionale prototipo dei chemioterapici solfamidici fu ottenuto lo « Streptosil ». In questo preparato si è cercato di ottenere con le massime caratteristiche di purezza la sostanza attiva e nello stesso tempo si è cercato di dotare il preparato di caratteristiche tali da renderlo un tipo « speciale » di paraaminofenilsolfamide. Le singolari varianti apportate alla sua fabbricazione non tolgono, però, allo Streptosil De Angeli la caratteristica chimica fondamentale di essere un preparato di paraaminofenilsolfamide, che è il nucleo chimico veramente attivo dei primi prodotti chemioterapici azoici.

Su questo nucleo attivo si sono tentate, da parte di numerosi chimici di tutto il mondo, infinite modificazioni, quali l'introduzione di un gruppo solfonico, benzilico, ecc., che però la critica obbiettiva, seguita al primo periodo di curiosità sperimentale, non ha giudicato apportatrici di quel perfezionamento sperato, sia per la tolleranza e ancor più per l'intensità di azione. Un successo si è invece ottenuto legando tra di loro due dei gruppi attivi solfamidici, ottenendo le disulfamidi, che sono state introdotte nella terapia delle gonococcie con ottimi risultati curativi, ma spesso con facile intolleranza. Anche in questo campo però è stato prezioso l'apporto dell'Istituto Farmacologico De Angeli, che è riuscito a preparare il « Neo Streptosil », che conserva intatta la brillante azione antigonococcica e, essendo una disulfamide acetilata e senza gruppi metilici, ha dimostrato una tolleranza più che ottima. Altra modificazione del primo nucleo attivo, che ha dimostrato caratteristiche terapeutiche del tutto particolari, in quanto si è dimostrata attiva proprio contro le speci batteriche che meno risentivano l'azione dei primi preparati (pneumo-meningo-gonococchi), è stata la combinazione della paraaminofenilsolfamide con la piridina.

L'Istituto Farmacologico De Angeli, che già da tempo aveva in studio ed in esperimento tale derivato, ha messo in commercio lo « Streptosil Piridina », che per l'alta attività e la minima tossicità si è ben presto dimostrato, se non superiore, almeno pari, ai migliori preparati di tale tipo. Dato poi che, come sarebbe emerso dagli studi di molti sperimentatori, le proprietà tintoriali degli originari preparati rossi sembrerebbero esaltare le proprietà chemioterapiche degli streptosilici verso alcuni germi (es. stafilococchi), lo stesso Istituto ha voluto completare la serie degli streptosilici, offrendo alla classe medica il suo « Streptosil rosso », che è stato riconosciuto attivissimo, specie nelle infezioni da stafilococco e da colibacillo.

Disponiamo così in Italia, e per opera di un solo Istituto, della completa serie di tutti i prototipi dei chemioterapici solfamidici, che ci vengono inoltre forniti in tutte le confezioni, che possono riuscire utili per gli svariati impieghi di questi preparati. Così, oltre alle compresse per uso gastrico, comuni a tutti i tipi, lo Streptosil Piridina e lo Streptosil sono confezionati anche in fiale e, quest'ultimo, anche in pomata ed ovuli vaginali per tutte le applicazioni locali.

INDICAZIONI.

Se questi sono i progressi realizzati nella preparazione degli streptosilici e nella differenziazione dei vari tipi, non meno importanti sono i passi che l'esperienza quotidiana ha fatto compiere per una loro più razionale applicazione e per un impiego più appropriato, specie in vista delle varie speci batteriche che sono in causa nell'infezione da combattere.

Si è accennato già al fatto che, pur avendo tutti gli streptosilici indicazioni generali in comune, essi hanno dimostrato non lievi diversità nella loro efficacia terapeutica di fronte alle diverse speci di germi patogeni. Le più larghe indicazioni restano indubbiamente allo Streptosil semplice, mentre, in linea generale, si deve affermare che nella più parte delle infezioni da stafilococco e da colibacillo, si traggono i maggiori vantaggi dallo Streptosil rosso ed in quelle da gonococco viene più utile il Neo Streptosil. Lo Streptosil Piridina invece rimane il medicamento principe quando sono in causa pneumococchi, meningococchi o gonococchi.

Fissare in breve spazio le indicazioni degli streptosilici non è cosa certo facile, a meno che non ci si voglia restringere al postulato che *quasi ogni malattia infettiva trova negli streptosilici il medicamento d'elezione.* Pur ri-

nunciando ad un'esposizione completa, non sarà male, tuttavia, passare in rivista almeno i principali gruppi di malattie e dare qualche rapido cenno sulla loro chemioterapia.

Infezioni generali. Nelle *setticemie* e nelle *sepsi puerperali* la chemioterapia streptosilica ha dato dei benefici veramenti eccezionali, sia quando è intervenuta a sindrome già conclamata, sia quando di essa ci si è voluti servire a scopo profilattico.

Per il trattamento curativo la pratica consiglia di somministrare 5-8 compresse al giorno di Streptosil o Streptosil rosso (meglio alternando l'uno all'altro), diminuendo gradatamente la dose col migliorare della sintomatologia. Specie nei casi gravi, viene molto opportuna l'aggiunta di 1 o 2 fiale da 5 cc. al giorno, per via endovenosa o endomuscolare.

Come profilattico lo Streptosil o lo Streptosil rosso (meglio anche qui alternando) va somministrato alla dose di 4-5 compresse al giorno, oppure 2 fiale da 5 cc. o una da 10 cc. endovena.

Anche altre infezioni d'ordine generale, come la *melitense*, il *tifo*, il *tetano*, se pur, non così spiccato, ricevono un certo beneficio dalla cura streptosilica, che potrà sempre essere aggiunta alla abituale terapia.

Meningite. L'impiego dei preparati streptosilici nella cura delle meningiti streptococciche ha abbassato la mortalità dal 70-95 %, quale prima era, al 20 % circa, a seconda delle varie statistiche. Lo Streptosil può essere somministrato per via orale, alla dose di 8-10-12 compresse al dì, da suddividersi nella giornata in porzioni da prendersi ogni 4 ore. Parte di tale dose può essere data anche per via endovenosa, impiegando 1 o 2 fiale a seconda dei casi. Molto utile si è rivelata la somministrazione endorachidea, per la quale via lo Streptosil in fiale all'1 % è risultato tolleratissimo e molto attivo. Tale tecnica e con il medesimo preparato conviene anche nelle *meningiti da meningococco*, nella terapia orale o parenterica delle quali si preferirà invece lo Streptosil Piridina (6 compresse al dì), che ha abbassato ancora di più le già menzionate statistiche di mortalità.

Polmonite. Nella polmonite franca lo Streptosil Piridina è lo streptosilico che ha dato finora i migliori risultati. Esso sarà somministrato il più precocemente possibile alla dose di 6 compresse al dì (una ogni 4 ore), meglio con l'aggiunta di una o 2 fiale endovenose al giorno, decrescendo la dose a beneficio ottenuto e continuando a somministrare 2-3 compresse per qualche giorno.

Nelle *bronchiti*, nelle *broncopolmoniti* e negli *empiemi* (quando non siano da pneumococco) trova invece migliore applicazione lo Streptosil, alle medesime dosi, e con gli stessi accorgimenti di distribuzione.

Venereologia. È questa la branca che più ha beneficiato della scoperta degli streptosilici, in quanto, ad eccezione che per la sifilide, essi si sono dimostrati dei veri *specifici elettivi*.

Nella *blenorragia* il successo raccolto dalla cura streptosilica è pari, se non superiore, a quello ottenuto nella terapia delle infezioni streptococciche. Si ottiene, in un tempo brevissimo la caduta di ogni sintomatologia acuta e la prevenzione della diffusione dell'infezione, sì che diventano addirittura eccezionali le complicanze (epididimiti, prostatiti, vescicoliti, metriti, annessiti, ecc.), e la malattia passa ben presto a definitiva guarigione, restando escluso l'annidarsi del gonococco in qualche focolaio, data l'azione generale e non locale del medicamento.

È qui il campo del Neo Streptosil, che va somministrato per os alla dose di 6-8 compresse al giorno, da suddividersi in 3-4 volte e da ingerire a stomaco pieno. Tale quantità deve essere somministrata per 5-6 giorni di seguito ed eventualmente ripetuta dopo 3-4 giorni di riposo o di terapia con Streptosil semplice o, meglio, Streptosil Piridina. Quest'ultimo dà risultati, in qualche caso, ancor superiori a quelli del Neo Streptosil e può esser intercalato a questo o addirittura sostituito. In tal caso conviene dare 6 compresse al dì (in tre volte, 2 subito dopo ogni pasto principale) e praticare una iniezione endovenosa quotidiana con le fiale da 5 cc. di soluzione al 5 %.

Qualunque sia il medicamento che si presceglie per la terapia della blenorragia, tutti gli specialisti sono ormai concordi nel raccomandare di praticare anche le solite cure locali con lavaggi di permanganato di potassio al 1/4000 o schizzettature di protargolo 1/300. Nella donna, un'ottima medicazione locale sarà rappresentata dagli ovuli di Streptosil.

L'*ulcera molle* e il *bubbone*, che spesso la complica, sono pure sensibilissimi alla terapia streptosilica, che si è ormai completamente sostituita a tutti i mezzi finora impiegati e con risultati che hanno fatto addirittura meravigliare. Conviene impiegare lo Streptosil, alla dose di 6 compresse al giorno per os e *localmente* ricoprire le ulcerazioni con Streptosil pomata o con la polvere di Streptosil, ottenuta spappolando una compressa. I casi curati finora sono tutti guariti nello spazio di pochissimi giorni.

Altra malattia venerea in cui si sono ottenuti risultati insperabili è il *linfogranuloma inguinale* (malattia di Nicolas e Favre). Numerosissime pubblicazioni fanno fede ormai di questi ottimi risultati, ottenuti con la semplice somministrazione di 6-8 compresse al giorno di Streptosil.

Anche le uretriti aspecifiche, nella loro enorme maggioranza, ritraggono grande beneficio dalla cura streptosilica; 4-6 compresse al

giorno di Streptosil o Streptosil rosso sono sufficienti a dare una guarigione rapida e sicura.

Dermatologia. Le *impetigini*, le *piodermiti*, le *follicoliti* e tutte le altre affezioni cutanee dovute a processi infettivi locali traggono un sicuro e rapido giovamento dallo Streptosil pomata (da applicarsi due volte al giorno, dopo accurata detersione con una qualunque delle comuni soluzioni antisettiche o con soluzione acquosa di Streptosil all'1 %). Le forme cutanee meno superficiali, come l'*acne* e la *foruncolosi* (dovute allo stafilococco), avranno invece maggior vantaggio da cure prolungate ed alternate di Streptosil rosso o Streptosil semplice.

Inutile parlare ormai dell'*erisipela*, perchè son troppo noti i brillantissimi risultati che in essi danno gli streptosilici. Converrà invece consigliare di tentare sempre questa cura nelle numerose altre malattie cutanee in cui risulta indubbia l'azione di germi, sia pur sconosciuti. Nell'*eczema parassitario* (chiazze separate, lunga durata), nel *pemfigo*, nella *dermatite di Duhring*, nell'*erpes*, nell'*erpes zoster*, ecc., gli streptosilici trovano pure utili indicazioni d'impiego.

Infezioni del cavo orale. Tra queste sono, in modo particolare, l'*angina*, la *tonsillite*, l'*ascesso dentario* e la *piorrea alveolare* quelle in cui è risultata ottima la pratica della terapia streptosilica. Lo Streptosil e lo Streptosil rosso, l'uno o l'altro o alternati, e in dosi che il medico stabilirà di volta in volta a seconda dello stato di acuzie e della gravità della forma, forniranno di certo ottimi risultati.

Morbillo, Scarlattina. Anche se l'effetto degli streptosilici vi risulta meno evidente, queste malattie costituiscono pur sempre indicazioni in cui è consigliabile il loro impiego, non fosse altro che per rendere meno probabili e meno gravi eventuali complicazioni.

Otorinoiatria. Di questa specialità sono principalmente le *otiti*, le *mastoiditi* e le *sinusiti* quelle in cui gli streptosilici risultano nettamente indicati e capaci di dare risultati veramente degni di nota. Anche qui le dosi di Streptosil dovranno essere determinate di volta in volta, a seconda dei casi, somministrando in media 4-6 compresse al dì e 1 o 2 fiale per via parenterale. Assieme agli streptosilici potranno essere praticate, se ne è il caso, tutte le solite terapie. Della meningite otogena e della sua cura streptosilica si è già detto sopra.

Oculistica. Il *tracoma*, le *congiuntiviti* (anche *gonococciche*), l'*ulcera corneale*, la *blefarite*, la *dacriocistite*, e tutte le *complicazioni settiche oculari*, per concorde affermazione di numerosissimi Autori, traggono enormi benefici dalla terapia streptosilica che, nella maggior parte è sufficiente da sola a portare ad una rapida e completa guarigione.

Lo Streptosil verrà somministrato, per via gastrica o parenterale alle dosi solite (6 compresse: 1 o 2 fiale) e potrà avere anche un ottimo impiego locale, in soluzioni diluite per lavaggi o all'1 % (fiale) per instillazioni.

Tra le altre malattie in cui la terapia streptosilica si è maggiormente affermata, vanno citate: *Pieliti, Cistiti, Ascessi, Flemmoni, Peritoniti, Artriti* di ogni natura, *Osteomieliti, Pericarditi* e numerosissime altre che sarebbe troppo lungo elencare.

Dosi e modi di somministrazione.

Due parole, infine, sulle dosi che l'ormai enorme numero d'esperienze compiute sugli streptosilici va definitivamente fissando come ottimamente tollerate e sicuramente attive.

Come dose media giornaliera per l'adulto si può stare sulla base di 3 grammi di sostanza, tale dose va proporzionalmente ridotta a seconda del peso corporeo e dell'età, tenendo conto naturalmente che il bambino ha una tolleranza relativa più alta di quel che si addirebbe alla sua massa corporea.

I tre grammi giornalieri possono essere impunemente sorpassati, ma ciò è consigliabile solo nei casi gravissimi e quando tale somministrazione massiva deve durare breve tempo. Per i trattamenti prolungati conviene invece attenersi ad una dose di gr. 1,80-2 al giorno, o quando si richiedono forti dosi, interrompere la cura ogni 6-7 giorni, per riprenderla poi dopo 3-4 giorni di riposo.

La distribuzione nel tempo ha un'importanza grandissima, in quanto la somministrazione in dosi refratte non solo riesce assai più tollerata ma, data la rapida eliminazione degli streptosilici, diventa indispensabile per mantenere costante la concentrazione del preparato nel sangue e negli altri liquidi organici. Suddividendo la dose totale in porzioni da prendere ogni 4 ore si riesce ottimamente a mantenere tale concentrazione su un livello di 0,04-0,06 gr. %, che costituisce l'optimum per un buon effetto terapeutico.

Pure importanza, agli effetti della tollerabilità, ha la via di somministrazione. La stessa dose totale è meglio tollerata se suddivisa per os e per via parenterale. Per questo, è spesso consigliabile associare alla somministrazione gastrica di compresse l'uso di fiale da iniettare endomuscolo o endovena, a seconda della rapidità d'effetto desiderata.

Ultima cosa, pure importante a sapere dal medico: le compresse risultano assai meglio tollerate se prese a stomaco pieno con un po' d'acqua minerale, di acqua di seltz o una punta di cucchiaio di bicarbonato di soda, idrossido d'alluminio o qualche goccia di tintura di belladonna, oppure se sciolte nel latte.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Prof. Mariano Messini. *Trattato di Terapia Clinica con note sintetiche di diagnostica*, volume I, pp. I-XV, 1-1156, U.T.E.T., Torino, 1940, L. 165.

Mancava in Italia una vasta e moderna trattazione della Terapia Clinica. Il Messini, che fu per molti anni mio aiuto e che ora è professore di ruolo nella Facoltà Medica di Roma, ha assolto il formidabile compito che si era proposto nella maniera più desiderabile. Provenendo egli da una delle migliori scuole farmacologiche italiane, quella di Luigi Sabbatani — incaricato due anni fa dell'insegnamento della Farmacologia in Roma — nei dieci anni di pratica fatti nella mia Clinica ha potuto ampiamente formarsi una mentalità terapeutica basata sulle acquisizioni scientifiche della Farmacologia e nella diretta osservazione clinica sui malati.

Il I volume di questa Terapia Clinica, dimostra che l'A. si trovasse per la sua preparazione dottrinale e pratica nelle condizioni ideali per dettare, come magistralmente egli ha fatto, un trattato di Terapia Clinica.

Il continuo rinnovarsi di questa materia, gli infiniti nuovi mezzi di cui essa ogni giorno dispone, rendono assai arduo al medico pratico la possibilità di discriminare ciò che è utile da ciò che è superfluo o anche dannoso; onde è necessaria ogni tanto una sintesi critica atta a inserire in proporzionata misura le concezioni nuove nell'ambito delle nozioni classiche e a staccare da queste i rami secchi rappresentati da quanto di convenzionale e di non giustificato esisteva nella terapeutica di alcuni anni addietro.

L'opera del Messini dal punto di vista scientifico risulta pertanto una moderna impostazione dei recenti problemi terapeutici con originali spunti interpretativi ispirati a equilibrato senso clinico. Rappresenta una specie di ponte fra teoria e pratica, che sarà utilissimo specialmente ai medici esordienti: con ciò questo libro traccia una via sino ad ora poco seguita dagli studiosi italiani, quella cioè di una semplificazione didattica quale è necessaria alla maggioranza dei medici.

Alla lucidità del pensiero e alla chiarezza della forma che sono caratteristiche della capacità di sintesi dell'A. si aggiunge in questo libro la caratteristica della praticità dello svolgimento. Egli si è attenuto nelle linee generali al concetto (e utilissime appariranno al lettore le note sintetiche di diagnostica premesse ad ogni capitolo) che le nozioni e le indicazioni di una bene intesa terapia, debbono scaturire da diagnosi ben vagliate; chi abbia quotidiano contatto coi malati avrà modo d'esperimentare l'utilità di detto metodo e potrà comprendere quanto sia utile il far seguire al ragionamento, che ha portato alla diagnosi, un'altrettanta ponderata meditazione razionale che permetta la cura più adatta.

Fra i capitoli della parte generale particolare interesse presentano quello (il primo) riguardante l'esame del malato e la prescrizione terapeutica, quello sulle nozioni di terapia generale, con 50 pagine di minute tabelle dettagliatissime, precise, contenenti le proprietà terapeutiche dei principali farmaci, compresi i più recenti, la loro posologia, le incompatibilità. Notevoli i capitoli di dietetica, idrologia, climatologia, psicoterapia. Particolarmente dettagliato, sebbene molto conciso, è il capitolo sulle tecniche terapeutiche riccamente illustrato, esposto in modo che quanto è descritto può essere direttamente applicato nei più minuti accorgimenti che la pratica richiede: ogni argomento è stato svolto, dalla medicazione alla trasfusione, dall'assistenza al malato, alle fasciature, dal salasso all'elettroshock.

Il capitolo IX riguarda la terapia nella donna, nel bambino, nel vecchio in tre condizioni cioè nelle quali, considerato come punto di riferimento l'uomo adulto, l'applicazione terapeutica può subire modificazioni. Sono perciò indicate le norme da seguire durante la gravidanza, l'allattamento, le mestruazioni, la menopausa, vien dato un vasto ricettario pediatrico, sono esposte le cure nella vecchiaia e le cure di ringiovanimento.

Il capitolo X sulla cura dei sintomi e delle sindromi è il più originale come impostazione; sono trattati 44 sintomi molto vastamente e con numerose ricette; l'A. ha evidentemente cercato una transizione fra la farmacologia e la terapia applicata al malato, trattando i campi limite fra queste due discipline; fra gli argomenti che troviamo di solito in altri testi non svolti o svolti insufficientemente; ricordo quelli sul dolore in generale, sulla convalescenza, sull'impotenza, sulla sterilità, ecc.

Nella parte speciale l'A., oltre alle più comuni norme tecniche di diagnostica, tratta sinteticamente la terapia delle singole malattie; molto curato è l'aggiornamento; sono svolti ad esempio l'anemia mediterranea, i sulfamidici nella polmonite, l'aspirazione endocavitaria nella cura nelle caverne polmonari, i più moderni indirizzi nella terapia dell'insufficienza cardiocircolatoria, delle nefropatie, delle malattie articolari acute e croniche; anche in questi capitoli le numerose ricette, i minuti dettagli di tecnica, confermano il carattere di praticità che l'A. ha voluto conferire alla sua opera.

Il libro, malgrado la mole, ha il carattere di un manuale sinteticamente completo, esso onora la scienza italiana e avrà certo il più largo successo presso tutti i cultori della medicina.

C. Frugoni.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

W. FALTA. *Die Zuckerkrankheit*. II edizione. Urban & Schwarzenberg, Berlin, 1939.

A soli tre anni di distanza dalla prima, compare questa seconda edizione del presente volume sul diabete, il che dimostra il largo favore con cui esso è stato accolto e che è da attribuirsi non soltanto alla nota competenza dell'A., ma soprattutto ai meriti intrinseci della chiarezza e della praticità.

Questa seconda edizione è stata poi resa più aderente ai bisogni della pratica, riducendo un poco la parte teorica ed estendendosi maggiormente su quella terapeutica. Nell'intervallo di tempo fra le due edizioni, si è venuta assai diffondendo l'insulina ad effetto ritardato (protamino-zinco-insulina; Depot-insuline), sicchè è ora possibile esprimere un fondato giudizio su questo metodo, di cui l'A. tratta con sufficiente larghezza.

L'A. tocca dapprima le questioni generali della diagnosi, del diabete renale, della sensibilità all'insulina, della patogenesi e delle forme del diabete. Passa poi all'importante capitolo del vitto per i diabetici in cui, fra l'altro, fa rilevare l'importante osservazione che vi sono diabetici sensibili all'apporto dei carboidrati, altri invece a quello delle albumine, sicchè alcuni sopportano meglio una dieta ricca dei primi e scarsa in proteine, anzichè una mista in cui i carboidrati sono scarsi; notevole è, in questo campo, l'influenza della tiroide. Esamina quindi il trattamento dietetico e quello insulinico, in tutti i loro particolari, le cure accessorie, il decorso, la prognosi. A parte sono trattati il coma e, con la collaborazione di R. Boller, la cura delle complicazioni. Sui rapporti dell'occhio con il diabete, Safar ha aggiunto un interessante capitolo

C. F.

HORACIO BASABE. *Los grandes sindromes bronco-pleuro-pulmonares*. Ed. « el Ateneo ». Buenos Aires, 1939.

Trattasi di una sobria, precisa, esposizione della semeiologia corrente e della fine semeiologia, delle più comuni sindromi bronco-pleuro-polmonari. Vengono successivamente descritte: la sindrome di atelettasia polmonare; la sindrome cavitaria; la sindrome di versamento pleurico; la sindrome emottoica; la sindrome dispnoica; le sindromi diaframmatiche. L'A., noto e provetto semeiologo, offre al pratico, ed allo studente, il modo di rapidamente orientarsi di fronte ad una sindrome respiratoria, a ciò giungendo non solo selezionando i sintomi, ma schematizzandoli in chiare tabelle, riproduzioni radiografiche. Edizione accurata e di piacevole lettura, sia per i caratteri tipografici adoperati che per la carta usata.

MONTELEONE.

H. W. WEDLER. *Klinik der Lungenasbestose*. Editore Thieme, Lipsia. Prezzo RM. 6,50.

È il 34° fascicolo della raccolta « Arbeit und Gesundheit ». Si tratta di una monografia nella quale è esaurientemente sviluppato l'argomento dell'asbestosi pulmonare, che, come è noto, è dovuta all'inalazione della polvere di amianto.

La parte clinica è maggiormente sviluppata, ma non sono trascurate l'etiologia, la patogenesi e l'anatomia patologica, nonchè considerazioni medico-legali.

Un particolare rilievo è dato alla quistione sui rapporti tra asbestosi e tubercolosi e tra tubercolosi e cancro.

DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli.

Sedute dell'11 novembre e 6 dicembre 1939

Presiede il Vice-presidente: Prof. G. JAPPELLI

BOSSA G. *Sulla curva di coagulazione al calore del siero dei leucemici.*

Sulla sindrome di Mikulicz.

BOSSA G. — L'O. descrive un caso di sindrome Mikulicz che clinicamente presentava tumefazione simmetrica delle ghiandole lacrimali e delle ghiandole salivari sottomascellari, nonchè infiltrazione estesa delle palpebre, del palato e del faringe. La malattia, a decorso assai lento, è stata seguita con continua osservazione per circa un anno e sono stati praticati vari esami istologici sulla ghiandola lacrimale, sulla ghiandola salivare sottomascellare, e su frammenti di mucosa del palato asportati con biopsie. L'esame istologico di questi organi ha dimostrato una enorme proliferazione di elementi a tipo linfoblastico e linfocitario, istituitasi sia in rapporto ai follicoli linfatici preesistenti, sia in rapporto agli elementi vascolari ed al tessuto cellulo-adiposo della regione. Per effetto di questa proliferazione nelle ghiandole esaminate si ha una profonda alterazione della normale struttura con sostituzione di cellule linfoblastiche e linfocitarie al posto degli elementi ghiandolari; questo processo proliferativo ha però un carattere di accrescimento espansivo, sostitutivo, senza alcun carattere di natura neoplastica.

Fondandosi sui dati clinici e microscopici l'O. interpreta il quadro morboso del caso in esame come un processo di linfoadenosi aleucemica con localizzazioni in rapporto alla cavità orale (ghiandole salivari sottomascellari e palatine, ed elementi linfatici dell'orofaringe) ed alle cavità orbitarie (ghiandole lacrimali ed elementi linfatici della regione).

Di un particolare segno semiologico della milza nelle forme bantiane.

Castronuovo G. — Il carattere fondamentale di questo segno, già dall'O. segnalato e descritto (1927), è costituito dalla speciale consistenza della tumefazione lienale, per cui la milza non solo si rende facilmente palpabile nella maggiore sua estensione sia centrale sia marginale, ma dovunque si tocchi riceve e conserva per un po' di tempo l'impronta delle dita che la premono.

Tale « splenomegalia plastica o malleabile » s'incontra precipuamente nella sindrome di Banti ed affini, ma rare volte anche in altre affezioni circolatorie con stasi epatosplenica e particolare compromissione del circolo portale, delle sue radici extraepatiche e specialmente di quelle nel dominio lienale. Al meccanismo patogenetico contribuiscono tanto i ristagni sanguigni nelle lacune spleniche e l'inturgidirsi dell'intero organo, quanto l'alterazione delle sue vene e collettori relativi, ma, sopra tutto, il decadere del « tono dell'organo », che nei sani compensa e limita la portata dell'arteria lienale; tono a cui prendono parte apparati regolatori vascolari e trabecolari, fibre elastiche, fibrocellule muscolari e tensione delle fibre trabecolari.

L'O. ha potuto, in grossi cani, riprodurre sperimentalmente il fenomeno, legando accuratamente le vene spleniche: allora l'afflusso sanguigno arterioso, la grande capacità ricettiva strutturale e la distensione della milza fanno sì che l'organo cresca straordinariamente, anzi « a vista », raggiungendo un volume fino a 5-6 volte maggiore di prima e dimostrando le rapide tappe nell'aumento del turgore della milza, che man mano diviene cedevole e malleabile sotto le dita prementi, per l'attenuazione del tono lienale, il quale non argina più l'irrompere del sangue arterioso (iperemia massiva ed atonia della milza). Ma se qualche ramo venoso splenico non è ben legato, il fenomeno è meno marcato e visibile ed indi, se si affonda la milza nell'addome, l'animale sopravviene, il segno scompare, e, quando alcune settimane dopo l'animale viene sacrificato, il volume splenico si trova ridotto quasi al normale senza più indizio di plasticità, perchè vene lienali accessorie sono cresciute a segno da ristabilire bene il circolo sanguigno locale.

Nel turbato meccanismo circolatorio, contrattile ed elastico che ha luogo nelle splenomegalie prevalentemente congestizie delle forme bantiane nel 1° e 2° stadio si riflettono le alterazioni delle due complesse vie sanguigne spleniche, l'arteriosa e la venosa, che sono le basilari del processo. Nella circolazione arterovenosa lienale sono descritte, tra le vie lunghe e le brevi, le « vie chiuse » e le « vie aperte ». Le vie chiuse normalmente funzionano solo nella milza in riposo e smorzano con il loro territorio capillare chiuso la pressione arteriosa, laddove nelle milze attivamente funzionanti ed in quelle dilatate il sangue va pure per le vie aperte, attraverso le maglie del reticolo; in effetti nel seno venoso i capillari del follicolo possono finire aperti o continuare chiusi nel loro decorso, così come i capillari della polpa a loro volta possono rappresentare una via aperta, attraverso le ampolle (appendici laterali del seno) o perchè direttamente aprentisi nella polpa, oppure percorrere altra più consueta via chiusa. Una seria lesione nel dominio splenico od in quello portale (spina irritativa epatica o portale) può indurre quindi la milza a reagire con una fase iperemica (dilatazione massiva, moderata però dal meccanismo di sbarramento arterioso e dalle splenocontrazioni), cui può seguire l'atonia della milza, con dilatazione attiva dell'organo in seguito ad ingorgo arterioso ed ipertensione portale. Nelle forme bantiane viene solo in ultimo pronunciata la fase sclerotica epatolienale, per la quale non è indispensabile il fattore ostruttivo, come clinici e patologi hanno dimostrato.

In conclusione ,dalle osservazióni fatte l'O. trae le seguenti considerazioni cliniche: 1) nelle sindromi bantiane la splenomegalia non è molle, ma duro elastica e mostra il segno particolare della sua plasticità o cedevolezza malleabile, onde la milza conserva per un po' di tempo l'impronta delle dita che la premono; 2) tale fenomeno splenomegalico di speciale consistenza tattile è di lunga durata e si nota nel 1° e 2° stadio delle forme bantiane, cioè in quelli preepatocirrotici; questo sintoma è precoce, facilmente constatabile e quindi di grande portata diagnostica ed altresì prognostica e curativa, indicando, con gli altri segni del male, la tempestività della splenectomia, prima cioè che l'anemia e la sclerosi epatosplenica frustino i vantaggi dell'intervento.

Influenza dell'acido ascorbico sulla curva glicemica alimentare in gravidanza e in puerperio.

Moracci E. — L'ingestione a digiuno di grammi 150 di zucchero ha determinato nelle donne gravide all'8°-9° mese iperglicemia di poco superiore a quella delle donne non gravide; nelle puerpere invece ha indotto elevazione glicemica nettamente superiore tanto a quella delle non gravide che a quelle delle gravide. La durata dell'iperglicemia è apparsa, nelle gravide e nelle puerpere, maggiore che nelle non gravide. L'iniezione ipodermica di mgr. 100 di acido ascorbico, contemporanea all'ingestione di gr. 150 di zucchero, è risultata capace, nelle non gravide, di neutralizzare completamente in molti casi l'iperglicemia alimentare e di dar luogo anche a modica ipoglicemia; invece nelle gravide e nelle puerpere l'elevazione glicemica si è verificata ben netta, sebbene in generale in grado minore che nella prova con sola ingestione di zucchero.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Malattia ulcerosa con fase terebrante acuta.

P. Carnot e P. Marre (*Paris médic.*, 17-24 febbraio 1940) hanno descritto un caso che desta un notevole interesse. Si trattava di un individuo di 74 anni, operato sette anni prima dal Finsterer di Vienna per volvolo intestinale con occlusione acuta. Dopo cinque giorni di dolori addominali alti senza occlusione, ebbe ematemesi abbondante seguita da melena. Dopo 4 giorni, febbre elevata, leucocitosi notevole. Dopo 6 giorni morte, senza che l'emorragia fosse cessata. Non c'era stata contrattura della parete addominale.

L'autopsia dimostrò la presenza di un'ulcera gastrica e tre ulcere duodenali. L'ulcera gastrica aveva una perforazione vascolare e due di quelle duodenali erano completamente perforate.

Al caso clinico hanno fatto seguire una rivista sintetica sull'argomento.

La molteplicità delle ulcere dell'apparato digerente varia secondo le varie statistiche dal 5 al 46 % delle ulcere. La percentuale è aumentata da quando si usano largamente i raggi X a scopo diagnostico e si interviene con notevole frequenza. Comunque, l'esistenza di quattro ulcere contemporanee è una cosa eccezionale.

Le ulcere multiple successive sono più frequenti. Non è raro trovare un'ulcera guarita accanto ad una in evoluzione. Più note sono le ulcere peptiche comparse sulla bocca anastomotica fatta per curare una precedente ulcera.

Meno frequenti sono *le ulcere multiple simultanee.* Esse spesso si osservano su una zona molto ristretta. Delore ne ha distinte tre varietà, secondo la sede: ulcera pilorica o piloro duodenale associata ad ulcera della piccola curvatura; due o più ulcere della piccola curvatura e ulcere biorificiali, interessanti simultaneamente cardias e piloro.

Questi sono tutti casi della così detta « malattia ulcerosa ».

Rare sono *le perforazioni multiple simultanee.* Eliot ne ha raccolti solo ventisei casi in tutta la letteratura. Bertil Bayer ne trovò 9 su 1652 casi di ulcere perforate.

Ci sono anche casi di *perforazioni multiple successive.*

Esistono anche perforazioni vascolari e parietali. È la così detta *sindrome emorragico-perforante dell'ulcera*, che è la prova del carattere terebrante di alcune ulcere. Si tratta di casi rari, perchè, secondo l'aforisma di Behrend, le ulcere perforate sanguinano molto raramente e le ulcere che sanguinano molto raramente si perforano.

Tixier e Clavel su una statistica di migliaia di ulcere o perforate o sanguinanti videro solo 56 casi di perforazione ed emorragia contemporanea. Finsterer ne ha raccolti solo due casi personali osservati clinicamente e 11 osservati al tavolo anatomico.

Secondo quanto ha scritto Jacob, si possono avere tre condizioni: o la perforazione precede le emorragie (e allora l'emorragia è quasi sempre susseguente all'intervento) o perforazione ed emorragia sono simultanee (e questo è un caso rarissimo) o, più spesso, le emorragie precedono la perforazione.

In due casi degli AA. la perforazione era rimasta latente, il che si può spiegare colla diminuita reattività in seguito all'emorragia, tanto più che di questo c'è una prova sperimentale in ricerche fatte col Rathery che hanno dimostrato la possibilità di operare senza anestesia animali salassati abbondantemente.

L'emorragia può essere continua o intermittente e ripetuta. A volte viene dall'ulcera perforata, a volte da un'altra ulcera. Generalmente le ulcere perforanti si trovano sulla parete anteriore dello stomaco, quelle emorragiche sulla parete posteriore. Questo si spiega colla distribuzione della coronaria stomacica, la cui branca posteriore è più voluminosa. Però a volte sede dell'ulcera perforante è la piccola curvatura, delle emorragiche il duodeno.

L.

Le rettorragie solitarie durante gli stati influenzali.

R. Savignac (*Rev. belge sciences méd.*, apr. 1939) riferisce su 9 casi, in cui si è manifestata una rettorragia solitaria durante il declinare di un'affezione acuta di origine influenzale.

In generale, tale manifestazione si ha soprattutto nei giovani e specialmente nei bambini (4 osservazioni nei casi dell'A.), ma non risparmia gli adulti.

Si tratta, di un attacco acuto ed infettivo, di rettie o, forse, di retto-colite. *fil.*

Il trattamento della stasi intestinale con clisma di soluzione salina ipertonica.

Georg v. Koermendi-Ekes (*Zbl. f. Chir.*, maggio 1939) rileva che questo metodo descritto già cinque anni or sono dai russi Genkin e Miljevskaia è stato ripreso dalla clinica chirurgica di Budapest con ottimi risultati. Mentre i russi si valevano di una soluzione di cloruro di Na 15 % introdotta nel retto quanto più alto possibile, nella quantità di 100 cc., nella Clinica di Budapest si adoperano 200 cc. di soluzione allo stesso titolo; il risultato è quasi immediato, tanto che se non si ottiene l'effetto voluto, molto probabilmente l'ostacolo alla defecazione deve essere di natura meccanica. Nessun altro rimedio (Glan-

duitrin, Peristaltin, ecc.) è di pari efficacia ed ogni ileo nella clinica viene sottoposto a tale trattamento prima di essere operato. Dopo aver accennato alle varie teorie interpretative del meccanismo d'azione di tale soluzione dà relazione di un caso personale che essendo stato operato una prima volta e presentando una stasi ribelle a tale trattamento, relaparatomizzato fu trovato affetto da una briglia digiunale aderente all'ovaio che era causa dell'ileo. A. DORIGO.

La gelatina come alimento e come energetico.

Risulta da ricerche di Ray e Taylor (*Med. Times*, aprile 1939) che il manifestarsi della stanchezza può essere ritardato mediante la somministrazione di glicina, che si è dimostrata utile anche nella miastenia grave. Sembra che questo aminoacido abbia un'azione creatinogenica e si possa accumulare nei muscoli; tali vedute si accordano con l'odierna teoria della contrazione muscolare, in cui la creatina, in combinazione con l'acido fosforico, avrebbe una parte importante. La somministrazione della glicina pura, però, urta contro la difficoltà che, in certe quantità, determina dei disturbi.

Si è quindi ricorsi ad una sostanza, la comune gelatina, che contiene il 25 % di glicina, somministrandola ad individui in allenamento, in cui si misurava il rendimento muscolare mediante un ergometro a biciclo. Se ne somministrarono 60 g. al giorno — pari a 15 g. di glicina —, unitamente a succo di arancio e limone, in aggiunta alla dieta consueta. Si praticarono poi esperienze di controllo, con la sola somministrazione dei succhi di frutta.

L'aggiunta di gelatina ha fatto aumentare, in uno degli individui, la produzione di energia da 100 a 225 Watt, con aumento di peso; in un altro, da 60 watt, si passò ad una cuspide di 165. In media, l'aumento di energia è del 240 % rispetto al normale; risultati inferiori si hanno nella donna, probabilmente perchè questa ha una minore capacità di immagazzinamento della creatina.

Un'altra applicazione della gelatina è stata fatta da Windwer e Matzner (*Ibidem*) nell'ulcera peptica, in cui teoricamente la dieta proteica deve esercitare un'influenza favorevole perchè le proteine, per la loro capacità di combinare gli acidi, inibiscono l'attività peptica; inoltre, le proteine forniscono un'ampia quantità di aminoacidi, che sono utili per sopperire alle deficienze, che si ritengono connesse con la formazione dell'ulcera. Gli AA. citati hanno somministrato a 40 malati di ambulatorio una dieta blanda, ad alto contenuto calorico (150 g. di proteina, 100 di grasso e 200 di carboidrati), con l'aggiunta di 7 dosi giornaliere di 8 g. di gelatina in 1/4 di bicchiere di acqua. Nel 70 %, si ebbe immediata cessazione dei sintomi e nei 2/3 degli altri miglioramento graduale; si rilevò inoltre aumento di peso. La somministrazione frequente della gelatina provoca una prolungata neutralizzazione del succo gastrico, probabilmente perchè, mediante la sua azione di colloide idrofilico, diminuisce l'irritazione gastrica, assorbendo le secrezioni digerenti. *fil.*

La cura dell'ernia con iniezioni sclerosanti.

Marcucci G. (*Archivio It. di Chirurgia*, fascicolo IV, 1939) dice che per quanto i primi tentativi di una cura sclerosante dell'ernia siano da ricercarsi lontani nella storia medica, è dal 1927 che coi lavori di Mayer e Pina Mestre tale metodo è stato divulgato e ha ottenuto in America un successo veramente sorprendente. Il tipo delle soluzioni sclerosanti successivamente usate o preferite, la tecnica dell'iniezione, le indicazioni e le controindicazioni i risultati e le complicazioni sono accuratamente illustrati, sulla base della vastissima letteratura specie americana esistente sull'argomento. Pina Mestre in 20 anni ha trattato così 8000 casi, vantando guarigione costante, Yss e Steffen 4632 ernie col 91% di guariti, ecc. Tuttavia le complicazioni registrate sono tali e tante da far sospettare che più che giustificate siano le critiche aspre mosse al metodo specie dagli AA. tedeschi. Tuttavia la percentuale di guarigioni ottenuta sulle statistiche di un gran numero di AA. che hanno applicato il metodo è del 94 %!

L'A. ha condotto delle ricerche sperimentali usando la soluzione di Mc Donald in 8 cani: iniettandone alcune goccie intorno al funicolo, porzione inguinale e una goccia entro il funicolo stesso. Studiati istologicamente i pezzi dei tessuti, conclude che tale terapia debba essere accolta con molte riserve data la possibilità di postumi a distanza. BENDANDI.

Nuova gastrostomia a doppio sfintere.

J. A. Glassman (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, fasc. 4, anno 1939) descrive un proprio metodo di gastrostomia sfinterica.

Si espone lo stomaco con una incisione paramediana alta sinistra. Il punto più mobile della parete gastrica anteriore che è generalmente il punto equidistante tra piccola e grande curvatura, tra piloro e fondo gastrico, viene sollevato a cono con una pinza; alla base del cono si passa un filo di seta intrecciata a borsa di tabacco che viene stretto modicamente formando un diverticolo gastrico. In prossimità dell'apice di questo cono si esegue un'altra sutura a borsa di tabacco senza stringerla completamente.

La parete gastrica circostante alla base del diverticolo artificiale viene fissata con 4 punti staccati al peritoneo e alla fascia posteriore del muscolo retto.

Si sutura quindi a strati ancorando la prima strozzatura alla fascia posteriore del retto

addominale e la seconda alla guaina anteriore del retto e all'aponeurosi superficiale.

Le due borse di tabacco, aiutate dai muscoli addominali nella loro funzione, servono da doppio sfintere. M. D'AGOSTINO.

Incisione estetica per l'appendicectomia.

G. Iesu (*La Riforma medica*, 11 novembre 1939) dopo aver ricordato la tecnica consigliata dallo Jayle e le modificazioni ad essa apportate dallo Charbonnier per l'incisione estetica nell'appendicectomia, propone la seguente tecnica: taglio cutaneo parallelo al pube, a 2-3 dita trasverse al di sopra della branca orizzontale destra, della lunghezza di 6-8 cm., praticato nella plica addominale, al di sopra dei peli, e prolungabile — se occorre — verso la linea mediana fino a raggiungere la *linea alba* e lateralmente sino alla spina iliaca anterior-superiore destra; scollamento del connettivo sottocutaneo dall'aponevrosi, in alto ed all'esterno; incisione di Jalaguier.

I vantaggi di questo metodo consistono essenzialmente nell'ampia visibilità sulla fossa iliaca destra, nella possibilità di eseguire il metodo anche in persone obese e nel non esporre a pericolo di sventramento post-operatorio. La visibilità e l'operabilità dell'utero e dell'annesso di sinistra è risultata praticamente nulla. Benchè con la detta incisione sarebbe possibile usare il drenaggio, è opportuno che la tecnica suddescritta sia riservata a quei casi nei quali si giudica che il drenaggio non debba essere usato, perchè allora la cicatrice definitiva non sarebbe più estetica.

F. TOSTI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Tubercolosi e specificità istologica.

J. L. Nicod (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 febbraio 1940) sostiene che alla specificità del granuloma tubercolare si possono muovere serie obbiezioni perchè esso presenta straordinarie analogie di struttura sia con il granuloma banale sia con altri granulomi come quelli di Aschoff nel reumatismo articolare acuto, quelli del tifo, quelli da corpo estraneo, ecc. Quindi la sostenuta specificità istologica è relativa in quanto ad agenti diversi possono corrispondere identici granulomi. La tubercolosi perciò rientra, nelle sue manifestazioni morfologiche, nel quadro dell'infiammazione in generale. F. TOSTI.

VARIA

Mestruazione e solidità della radice dei peli.

È stato giustamente osservato che non si deve mai richiedere ad uno scienziato le ragioni delle sue osservazioni e ricerche, da cui possono derivare degli sviluppi impensati: basti considerare come dalle osservazioni di Galvani sulle « rane che ballano » si sia poi arrivati alla odierna scienza dell'elettricità. Ciò non ostante, non è senza un certo senso di maraviglia che si legge come ad uno studioso sia venuto in mente di tirare i peli per saggiarne la resistenza in rapporto con la mestruazione. A. Basler (*Med. Klinik*, 1939, n. 33) ha fatto tale prova, con i peli dell'avambraccio, continuandola quotidianamente od ogni 2-3 giorni per un certo periodo ed ha trovato che la resistenza della radice non è sempre la stessa, ma varia a seconda che i peli siano prelevati in periodi più o meno lontani dalle mestruazioni.

La resistenza aumenta 6 giorni prima dell'inizio del flusso e raggiunge i valori più alti negli ultimi giorni del premestruo. Essa viene poi a diminuire all'inizio della mestruazione ed incominciando dalla fine di questa, riprende lentamente il valore normale.

Il vario comportamento sarebbe in rapporto con il contenuto della pelle in acqua, che sarebbe maggiore durante il periodo mestruale. *fil.*

Consumo di tabacco e cancro polmonare.

H. Cramer (*Forschungen u. Fortscritte*, 10-20 ottobre 1939) osserva che la più probabile causa dell'aumento del cancro polmonare, quale si viene ora verificando, va ricercata nell'abuso del tabacco. Secondo le ricerche spettrometriche di Roffo si trovano nel fumo di tabacco degli idrocarburi tipicamente cancerigeni, capaci di provocare, per spennellature nel coniglio, il cancro in un periodo di 9-10 mesi. La quantità di catrame che si utilizza in tale tempo è di 100 grammi.

Ora un fumatore medio aspira nel fumo circa 70 cmc. di catrame al mese (pari a 840 all'anno ed a 8 litri in 10 anni), catrame che va ad irritare la bocca, la laringe, i polmoni. Cifre e non utopie che sono confermate dall'enorme consumo di tabacco di molti stati; per la Germania, nell'esercizio 1936-37 si sono consumati 38,4 miliardi di sigarette, 8,38 di sigari e 31.000 tonnellate di tabacco da fumo. Se realmente, come sembra dimostrato, esiste l'azione cancerigena del fumo di tabacco, non può recare maraviglia che a tali consumi che si valutano a cifre astronomiche, sia da attribuirsi l'aumento del cancro polmonare.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

R. DEL VECCHIO. *In difesa della « Croce Rossa » e di priorità umanitarie italiane*. Tip. Europa. Roma 1939.

G. BARBIERA. *Spirochetosi polmonare da spironema bronchialis del Castellani*. Tip. S. T. E. A. Napoli 1939.

P. PICCININI. *L'Italia nelle manifestazioni culturali internazionali*. Stab. Tip. Europa. Roma 1939.

LA PAGINA DELLO SPECIALISTA

APPUNTI DI TERAPIA DERMATOLOGICA

Lupus eritematoso.

Ricordi clinici. — Chiazze rosse ben delimitate coperte da squame molto aderenti che si staccano difficilmente. Queste squamette presentano sulla loro superficie profonda degli zaffi follicolari. Sede preferita dal lupus eritematoso è la cute del volto, dove sovente esso si dispone sul naso e guancie a forma di farfalla. Le chiazze possono restare fisse ed eguali per molto tempo oppure allargarsi lentamente, risolvendosi, talvolta, al centro in cicatrice.

Accanto a queste forme di lupus eritematoso classico esistono molte forme semplicemente eritematose a margini sfumati fisse o che scompaiono per ricomparire dopo poco tempo.

Il lupus eritematoso è considerato una tuberculide.

Terapia esterna. — Trattandosi di dermatosi che colpisce di preferenza il volto e perciò antiestetica in sommo grado gli ammalati vorrebbero da noi guarigione sollecita e definitiva. Purtroppo non abbiamo terapie così efficaci da accontentarli. Quasi sempre ci dobbiamo accontentare di miglioramenti o guarigioni fugaci.

La cura esterna del lupus eritematoso deve essere adeguata alla forma clinica, perchè può accadere che subitanee cure violente irritino la dermatosi peggiorandola notevolmente.

Consigliare per prima cosa a questi ammalati di proteggere il loro volto dal sole, perchè spesso la luce solare è nociva.

Iniziare, sopratutto nelle forme prevalentemente eritematose, trattamenti locali blandi per saggiare la tollerabilità e per evitare, se possibile, la formazione di cicatrice.

Si possono applicare delle pomate all'ittiolo od alla resorcina:

Pr.	Ittiolo	gr. 10
	Acido salicilico	2
	Ossido di zinco	
	Vaselina	
	Lanolina	ana gr. 30

La applicazione sulle chiazze di lupus eritematoso del collodion con ittiolo può riuscire talvolta utile.

Pr.	Resorcina	gr. 5-10
	Ossido di zinco	
	Vaselina	
	Lanolina	ana gr. 30
Pr.	Collodion elastico	gr. 100
	Ittiolo	» 5

Si arrotola ad una estremità di uno stecchino da denti un po' di cotone, lo si immerge nel collodion con ittiolo che poi si stratifica sulle chiazze di lupus. Il collodion si solidifica in una pellicola nera che rimane fortemente aderente alla cute e colla sua retrazione la ischemizza. Dopo un giorno o due questo strato di collodio si screpola, staccarlo allora dolcemente e ripetere la applicazione. In qualche caso si ottengono dei buoni risultati.

Quando queste terapie non abbiano dato alcun risultato o quando si tratti di lupus eritematoso fisso con squama abbondante ed aderente, il che è la evenienza più frequente, ricorrere alla neve carbonica che è certamente il miglior topico esterno del lupus eritematoso.

Si fanno dei bastoncini di neve carbonica di diversa grandezza a seconda della ampiezza delle chiazze da trattare; si applicano con pressione per mezzo minuto od anche più a seconda dello stato della dermatosi e della tolleranza. Si formano per solito delle flittene ed una forte reazione che si calma con impacchi borici. Finita la reazione ripetere altra applicazione se la guarigione non è totale. La guarigione avviene sempre con cicatrice.

Terapia interna. — Si usano sali di oro od anche di bismuto per iniezioni.

I sali di oro in qualche caso riescono utili. È necessario però che la cura sia proseguita per molto tempo, un anno od anche più. Si possono fare serie di due mesi di cura intervallati da un mese di riposo. Le iniezioni a dosi progressive si possono fare per via endovenosa o muscolare (a seconda del preparato che si usa) ed alla distanza di quattro-cinque giorni l'una dall'altra.

I sali di oro in commercio sono molti, non c'è che l'imbarazzo della scelta. Buoni sono quelli in unione con arsenico (Neocrisolo) o con il fosforo (Fosfocrisolo). Utili in taluni casi i sali di oro in sospensione oleosa.

Se i sali di oro riescono poco efficaci tentare le iniezioni muscolari di bismuto (Treponemol, Bisiacol, ecc).

Epidermolisi bollosa.

Ricordi clinici. — Malattia congenita consistente in formazioni bollose là dove la cute viene colpita da un semplice trauma. È dovuta ad una particolare debole aderenza fra epidermide e derma. In questi soggetti un violento colpo d'unghia stacca nettamente la epidermide. Può essere semplice cioè senza residui cicatriziali oppure distrofica, con cicatrici e distrofie in seguito a ripetuti distacchi bollosi.

Terapia esterna. — Ci dobbiamo limitare a tenere pulita e disinfettata la cute per impedire infezioni secondarie e per alleviare i dolori se vi sono. Non conosciamo medicamenti atti a ripristinare le condizioni normali della cute. Evitare per quanto possibile i traumatismi.

Terapia interna. — Il calcio per via endovenosa pare possa talvolta giovare. Forse anche l'arsenico. Tentare anche la terapia opoterapica se nello studio del malato sembrerà di riscontrare qualche disendocrinia.

Prof. P. A. MEINERI
Direttore Ospedale di S. Gallicano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

L'applicazione della legge sulla vaccinazione antidifterica.

Con decreto ministeriale del 7 marzo c. a., sono state emanate, com'è noto, le modalità per l'attuazione delle vaccinazioni antidifteriche, rese obbligatorie con la legge del 6 giugno 1939, n. 891.

Il decreto avrà la sua prima applicazione nella prossima sessione primaverile nella quale saranno assoggettati alle operazioni vaccinali tutti i bambini entrati nel 2° anno di età, che abbiano o no subito la vaccinazione antivaiuolosa e tutti i bambini degli asili, dei prevenfori e degli istituti in genere per l'infanzia.

Le vaccinazioni verranno eseguite gratuitamente, negli uffici sanitari comunali, nelle due sessioni di primavera ed autunno.

L'ammissione nelle colonie climatiche ed in altre collettività infantili è subordinata alla dimostrazione che la vaccinazione antidifterica sia stata completata almeno un mese prima.

Cronaca del movimento corporativo.

Il Convegno sanitario di Catania.

Il 31 marzo u. s., presieduto dal sen. prof. Bastianelli, commissario ministeriale del Sindacato nazionale fascista medici, con l'intervento delle maggiori autorità e gerarchie, dei segretari e direttori al completo dei Sindacati di categoria di tutte le nove provincie della Sicilia e di oltre 30 medici, è stato tenuto un importante Convegno sanitario.

Ha riferito per primo il Segretario del Sindacato di Catania su « Il latifondo in relazione ai problemi igienico-sanitari ».

Sono stati trattati poi argomenti relativi a questioni mutualistiche e sindacali e al patrimonio idrominerale della Sicilia.

Dopo una larga discussione il sen. Bastianelli ha riassunto le questioni prospettategli.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche.

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Ancona, per 5 posti; scad. 30 apr.;
Aquila, per 16 posti (1 nel capol.); scad. 30 apr.;
Avellino, per 1 posto; scad. 30 apr.;
Belluno, per 2 posti; scad. 30 giugno;
Reggio Cal., per 8 posti; scad. 30 apr.;

Uffici d'igiene e sanità; Ufficiali sanitari:

Bari, per uff. san. a Molfetta; scad. 30 apr., ore 18.

Matera, per uff. san. del capoluogo; scad. 31 maggio.

Laboratori provinciali d'Igiene Profilassi (Sezione med.-micrograf.):

Varese, per coadiutore; scad. 30 agosto, ore 18.
Zara, per direttore e per coadiut.; scad. 31 mag.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini ».* — Concorso per titoli e primario medico. Documenti al Ministero degli Affari Esteri (Direz. gen. degli italiani all'Estero, Ufficio I, Roma) entro il 30 giugno. Età limite 34-45 anni; il limite superiore è aumentabile. Chiedere copia del bando. Stip. fisso L. eg. 30 mensili; partecipaz., con minimo garantito di L. eg. 400 annue; è consentita la professione libera. La nomina è subordinata alla autorizzazione dell'esercizio professionale in Egitto. È condizionata da un esame di Stato, che può essere sostenuto in lingua italiana.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Il concorso precedentemente bandito per 3 posti di assistente medico-chirurgo viene prorogato al 30 aprile, elevando a 6 il numero dei posti.

PADOVA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Aiuto medico del Dispensario; scad. 30 apr., ore 18; lire 10.000 e tre quinquenni dec.; serv. att. L. 1000; compartecipaz.; età limite 40 a. al 15 febbr.

TORINO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Aiuto medico e medico assistente presso il Dispensario Centrale di Igiene Sociale; stip. L. 12.000 e Lire 10.000; serv. att. L. 2000 e L. 1000; 4 quinquenni dec.; scad. 11 maggio, ore 18.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Primario della Divisione Pediatrica, un aiuto medico, un aiuto chirurgo e 6 assistenti. Età limite rispett. a. 45, 35, 35 e 30. Stipendi rispett. L. 5000, L. 7000, L. 7000 e L. 5000; partecipaz.; per gli aiuti e gli assistenti alloggio. Per gli assistenti L. 25 ogni guardia di 24 ore. Scad. ore 18 del 15 maggio. Chiedere copie dei bandi.

Concorsi a premi

Profilassi della cecità.

L'Associazione internazionale per la profilassi della cecità » mette a concorso il tema: « Il glaucoma semplice non infiammatorio », con premio di 1000 dollari, che sarà conferito in occasione del XVI Congresso internazionale di oftalmologia. Rivolgersi alla segreteria (boulevard Saint-Michel 66, Paris).

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il gen. med. Fontan è nominato direttore del servizio di sanità presso il Ministro della Guerra in Francia. Egli sostituisce il generale medico Maisonnet, chiamato ad altre funzioni.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Berlino.

64° Congresso della Società tedesca di Chirurgia

(27-30 marzo)

Dal 27 al 30 marzo ebbe luogo a Berlino, nella grandiosa aula della Casa di Virchow-Langenbeck, la 64ª Riunione della Società tedesca di chirurgia. In nessun congresso ai quali da molti anni ho assistito, essendo io socio ordinario di detta Società, ho notato un tale affollamento di chirurghi, moltissimi in uniforme di guerra. Anche la maggior parte dei direttori delle Cliniche universitarie — Sauerbruch, Kirschner, Schmieden, Gedeke, Tayr ecc. — erano in uniforme. I loggiati dell'aula erano gremiti. Presiedeva il prof. v. Haberer di Colonia, generale medico.

Nel suo discorso inaugurale il Presidente lesse la lettera nella quale il sen. Alessandri di Roma, presidente della Società italiana di chirurgia, impedito ad assistere al Congresso, aveva incaricato il prof. A. Catterina di porgere il saluto della consorella Società italiana e l'augurio di riuscita completa dei lavori del congresso. L'assemblea applaudì calorosamente.

Dopo commemorati i soci defunti, fra i quali il prof. v. Eiselberg di Vienna, grande amico dell'Italia che scrisse l'introduzione al testo tedesco del prof. Catterina sulla « Operazione di Bassini », e dopo aver parlato degli altri scomparsi, dette la parola ai relatori delle singole comunicazioni, abbondanti e interessanti. Com'era da prevedersi, vi ebbe largo posto la chirurgia di guerra: la cura delle ferite delle fratture delle lesioni nervose. Seguirono relazioni sulla trasfusione del sangue, sui tumori intestinali, sulle plastiche per tumori della faccia, sulla importanza delle vitamine, sulla cura delle anchilosi e deformazioni articolari, sui trapianti ossei. Molto interessanti i lavori sul timo e suoi ormoni e dello stroma intratracheale.

Vi furono molte comunicazioni, sulle malattie dei reni, degli ureteri ecc.

Il prof. Catterina parlò degli errori più comuni nella esecuzione della cura radicale dell'ernia secondo Bassini, con l'aiuto di proiezioni tolte in gran parte dal suo volume, già conosciuto per le molteplici traduzioni nelle maggiori lingue.

Al banchetto all'Hôtel Esplanade, con l'intervento di S. E. il Dr. Rust, Ministro dell'Istruzione, e di capi di servizi sanitari militari, compresa l'Aviazione e la Marina, parlarono il presidente v. Haberer, il rappresentante della Milizia sanitaria nazista, il prof. Sauerbruch e i prof. Catterina molto applauditi.

Il prof. Catterina è stato ricevuto in udienza privata dal Ministro Rust e dalle più alte Autorità militari che gli fecero vedere le più moderne attrezzature sanitarie di guerra specialmenute quelle dell'Aviazione sanitaria.

A. C.

NOTIZIE DIVERSE

Società per gli studi della malaria.

Il Consiglio della Società si è adunato il 21 marzo nell'Istituto di Malariologia « Ettore Marchiafava »; presiedeva uno dei vice-presidenti, il compianto sen. prof. G. Sanarelli, assistito dal segretario prof. Jerace. Furono discussi l'attività sociale, il bilancio e l'organizzazione del 4° Congresso internazionale sulla malaria indetto a Roma per l'E 42, sotto gli auspici della Società.

A integrazione dei fondi della Società, il consigliere prof. cons. naz. C. Serono ha offerto la somma di L. 10.000.

Durante la riunione venne annunziato che, per l'organizzazione del Congresso, il Duce, su richiesta del sen. ing. Prampolini, presidente della Società, ha concesso la somma di L. 150.000.

È stato assegnato un contributo per la pubblicazione della « Rivista di Malariologia », organo della Società, onde continui la sua importante opera di diffusione degli studi sulla malaria.

32° Congresso di dermosifilografia.

Questo Congresso, organizzato dalla Società italiana di dermatologia e sifilografia, è stato inaugurato il 28 marzo nei locali della R. Clinica Dermosifilopatica di Bologna. Alla cerimonia presenziavano le autorità cittadine, professori universitari di tutte le Facoltà e uno stuolo di congressisti fra i quali i rappresentanti della Germania, della Francia, della Svizzera, dell'Ungheria, della Danimarca, della Jugoslavia, del Portogallo.

Dopo il saluto al Duce ordinato dal segretario federale il vice-podestà ha porto ai congressisti il saluto di Bologna e il rettore quello dell'Università. Quindi il prof. Zeiler, capo della delegazione tedesca, ha recato il saluto degli studiosi tedeschi e infine il presidente del Congresso prof. Martinotti ha pronunciato il discorso inaugurale, facendo la storia della disciplina dermatologica; ha commemorato il maestro scomparso prof. Domenico Maiocchi, ed ha porto un cordiale benvenuto alle delegazioni estere per il contributo che apporteranno ai lavori del Congresso. Il prefetto ha dichiarato aperti i lavori.

Dei lavori daremo un riassunto.

Congressi e convegni varî.

Il 17° Congresso internazionale di fisiologia, che era stato convocato per il 1941 sotto la presidenza di Sir Charles Sherringhon, è rimandato, a causa della guerra, fino a nuove disposizioni.

La Società tedesca per la medicina legale e sociale e per la criminalistica terrà un'adunanza di guerra a Innsbruck dal 15 al 17 maggio sotto la presidenza del prof. Gerhard Buhtz.

La Società tedesca di oftalmologia terrà la sua 53ª riunione dal 5 al 7 agosto di Heidelberg.

La Società svizzera di pediatria terrà la sua assemblea generale annua a Zurigo il 22 e il 23 giugno.

La Società svizzera di gastro-enterologia si è adunata il 13 marzo a Basilea.

Manifestazioni nipiologiche.

Nell'America latina si sono avute recentemente varie affermazioni della nipiologia, disciplina costituitasi notoriamente in Italia.

La Società Uruguayana di nipiologia, che ha sede in Montevideo e fu fondata dal compianto maestro Luis Morquio, si è riorganizzata con un nuovo statuto ed ha eletto il nuovo Consiglio Direttivo così costituito:

Presidente: prof. Bauzá, direttore della Divisione Prima Infanzia del Consiglio del Bambino dell'Uruguay; Vice-presidente: Dott. de Dempcheli, Membro del suddetto Consiglio del Bambino; Consiglieri: Prof. Bonaba, direttore dell'Istituto di Clinica Pediatrica e Puericultura di Montevideo; Dr. Pelfort, Presidente della Società Uruguayana di Pediatria, e Dr. Jalabert, già Giudice dei minorenni; Segretario: Dr. Gianelli, Medico Capo del Consultorio « Goccia di Latte » n. 6 di Montevideo; Tesoriere: Dr. Leone Bloise, Vice-Presidente della Società Uruguayana di Pediatria.

Il prof. Cacace di Napoli è stato acclamato presidente onorario della Società.

* * *

La 2ª e la 3ª Riunione Nipiologica si tennero nella Casa del Bambino di Montevideo nel luglio e nel dicembre 1939 sotto la presidenza del loro fondatore prof. Bauzá. Riferirono su temi nipiologici i professori e dottori Bauzá, Bonaba, Gianelli, Jaureguy e Zerbino. Fu rilevata la diminuzione della mortalità infantile nell'Uruguay.

* * *

Una Riunione Nipiologica fu tenuta in Rio de Janeiro il 12 ottobre 1939, promossa dal Centro Medico della Policlinica di Botafogo in Rio de Janeiro, presieduta e diretta da Liuz Barbosa, già Direttore della Clinica Pediatrica della Capitale del Brasile ed illustre Pioniere della Nipiologia e benemerito Fondatore del Centro Nipiologico « E. Cacace » che fa parte della suddetta Policlinica.

Con questa Riunione, che ha iniziato la celebrazione della « Settimana del Bambino » in Rio de Janeiro, Luiz Barbosa volle fare partecipare alla Settimana il Centro Nipiologico, da lui fondato.

Nella suddetta Riunione furono svolte nove relazioni pubblicate integralmente nel n. 1 del 1° anno del « Boletin Nepiologico », edito dalla Rivista « Cultura Médica » di Rio de Janeiro per iniziativa del prof. Péres.

In onore di Ferrata.

È in corso di stampa un volume di « Haematologica » (il XXI della serie), in onore di Adolfo Ferrata, in occasione del ventennale della fondazione dell'Archivio.

In questo volume verranno pubblicati lavori degli allievi giunti alla cattedra (G. Di Guglielmo, L. Villa, P. Introzzi, G. Pellegrini) e lavori eseguiti sotto la direzione di questi, oltre ad articoli di altri allievi che direttamente lavorano sotto la direzione del Maestro.

Per necessità editoriali si è dovuto limitare il numero dei collaboratori, riservando la pubblicazione di altri lavori sui fascicoli dell'Archivio, che seguiranno la loro regolare comparsa.

Il volume, di circa 800 pagine, verrà inviato agli abbonati al prezzo del solito abbonamento annuale; ai non abbonati, che ne faranno richiesta, verrà inviato dietro rimessa del prezzo di costo che verrà a suo tempo indicato.

In memoria di Edoardo Maragliano.

Il Comitato esecutivo dell'Istituto nazionale fascista della Previdenza sociale, nella sua ultima seduta, ha commemorato il compianto senatore prof. Edoardo Maragliano, ricordando l'opera assidua e geniale svolta dall'illustre clinico nel campo della lotta antitubercolare.

Quale reverente omaggio alla memoria di quest'Uomo insigne che ha onorato la scienza italiana nel mondo l'Istituto della Previdenza sociale ha deliberato di intitolare al nome di Edoardo Maragliano l'Ospedale sanatoriale di S. Tecla in Genova, di istituire presso la R. Università degli studi di Genova un premio di lire 3000 da assegnarsi alla migliore tesi di laurea in tisiologia, e di istituire infine presso l'Istituto « Carlo Forlanini » in Roma una borsa di studio a carattere permanente, per la frequenza del Corso di perfezionamento in tisiologia.

Istituto per gli orfani dei sanitari.

Il ministro dell'Educ. Naz. Bottai ha visitato il Collegio-Convitto per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia.

Il vice-commissario, comm. N. Burelli, ha tenuto una reazione da cui risulta lo sviluppo dell'Istituto: da un fondo iniziale di L. 3900 si è giunti ad una disponibilità annua di mezzi eccedente i due milioni; ai primi cinque assistiti nel 1891 stanno oggi di fronte circa 800 beneficati, di cui 200 accolti nelle due sezioni del Collegio di Perugia.

Il sanitario del collegio, dott. A. Arcelli, ha illustrato l'applicazione del libretto biotipologico ortogenetico sanitario personale del sen. Pende, attuale commissario straordinario dell'Ente.

L'Unione medico-missionaria italiana

ha lanciato il seguente appello:

Un'opera buona e meritoria possono fare con lieve disturbo, tutti i sanitari di buona volontà; il fine ha un valore altamente patriottico, umanitario e cristiano.

L'Unione Medico-Missionaria Italiana chiede: strumenti (anche per oculistica e odontoiatria); medicinali (purchè facilmente conservabili); materiale di medicazione; libri (specialmente di medicina e chirurgia pratica, farmacologia e terapia, oculistica, dermopatica); tutto ciò per poter soddisfare le numerose e pressanti richieste dei missionari italiani, i quali si mostreranno, nel modo loro possibile, vivamente riconoscenti a chi avrà loro usato questa carità che permette loro di moltiplicare mirabilmente il loro apostolato.

Si prega chi avrà preparato il materiale per le missioni di avvisarne l'U.M.M.I., la quale provvederà appena possibile a ritirarlo a domicilio; i donatori che volessero anche provvedere all'invio del materiale a Verona, Lungadige Campagnola n. 1, sarebbero particolarmente benemeriti.

Per adesioni, informazioni, offerte, ecc., rivolgersi a: Unione Medico-Missionaria Italiana, Lungadige Cmpagnola 1, Verona oppure a: Unione Medico-Missionaria Italiana, Casa S. Cuore, Negrar (Verona). C.C.P. n. 8-11437.

Provvedimenti sanitari a Varsavia.

Le condizioni igieniche di Varsavia hanno richiesto misure urgenti. Furono aperti 10 ambula-

tori nuovi, completate ed ingrandite le istallazioni di quelli già esistenti. Fu provveduto alle riparazioni necessarie negli ospedali, in modo che quelli esistenti nella città si trovano ora in grado di funzionare. Diversi edifici scolastici furono trasformati, per ricavarne due ospedali per malattie infettive, quattro lazzaretti per ammalati in contumacia e due corsie per operai ammalati. In questi ospedali sono stati ricoverati, durante i primi mesi dell'occupazione, 10.000 ammalati circa, tutti appartenenti alla popolazione civile, tra cui oltre 2000 ammalati di tifoide, 5000 sospetti di tifoide e centinaia di ammalati di dissenteria e sospetti di dissenteria. Sono state vaccinate le infezioni tifoidi 850.000 persone e la vaccinazione viene proseguita. Accanto all'unico stabilimento di disinfezione esistente, furono creati per combattere il tifo esantematico, 17 nuovi stabilimenti di disinfestione, che sono in grado di procedere alla disinfestione di 9000 persone al giorno.

Azioni giudiziarie.

Nello « Wisconsin General Hospital » di Madison (Stati Uniti) un paziente colpito da un'affezione cutanea venne riconosciuto oltremodo sensibile al mercurio. Gli si prescrisse una lozione antisettica priva di mercurio; ma il farmacista, essendone sfornito, ne dette un'altra, contenente mercurio, e l'applicazione di essa determinò una forte reazione. Il medico interpellò il farmacista, per sapere se la lozione contenesse mercurio; ma il farmacista escluse in modo assoluto questa possibilità. Il medico, così rassicurato, ordinò al paziente di continuare le applicazioni. Nel frattempo il farmacista potè accertarsi che il medicinale conteneva mercurio, e si affrettò ad informare il medico. Ma non si fece in tempo a prevenire alcune applicazioni, alle quali seguì una reazione violenta: dopo due mesi il paziente non era ancora in grado di portare gli abiti. Ne derivò un'azione giudiziaria; in prima istanza si riconobbe che il farmacista aveva agito in buona fede; in seconda istanza però venne rilevato che egli non era stato ossequente all'ordinazione, come sarebbe stato suo stretto dovere, e che, in più, aveva dato assicurazioni erronee; perciò venne stabilito di rimandare la causa ad un nuovo giudizio.

Altro caso occorso negli Stati Uniti: il 12 giugno 1936 un medico fu chiamato presso un malato di bronco-polmonite, 56enne, degente in un ospedale. In seguito a richiesta del malato, il medico lo assistette continuativamente, dormendo nella stanza accanto: lasciava l'ospedale solo un paio di volte la settimana, per cambiare la biancheria.

L'assistenza durò una ventina di giorni, fino al 5 luglio, quando il paziente fu portato in una casa di salute, per ulteriori cure, le quali condussero a completa guarigione.

Il medico mandò al suo cliente una parcella per 12.000 dollari, pari a circa 240.000 lire italiane. Il paziente trovò eccessiva la richiesta ed intentò causa. Il Tribunale attribuì al medico l'intera somma; invece la Corte d'Appello della California ha corretto la sentenza, in base alla perizia di un medico pratico ed a varie considerazioni.

Il giustificativo della sentenza rileva che il medico, normalmente, non compie opera d'infermiere; se vi si adatta, il suo compenso non può essere adeguato agli introiti di un grande medico. Nella fattispecie il medico, dott. Filds, è giovane e non risulta che egli abbia, nel trattamento della bronco-polmonite, una competenza specializzata, tale da legittimare un altissimo compenso. Il dott. Filds giustificava la sua richiesta riferendosi alle condizioni finanziarie del cliente, artista cinematografico, che guadagnava 6000 dollari la settimana e che aveva messo da parte una fortuna di 700.000 dollari (140 milioni di lire it.). La Corte però ebbe a rilevare che il medico non può sindacare le condizioni economiche del cliente; d'altra parte, la detta informazione risultò erronea, in quanto il compenso di cui sopra era stato corrisposto solo fino all'1 giugno 1936. La Corte rifiutò un'inchiesta sulle condizioni economiche effettive del cliente, in quanto è il livello professionale del medico che deve costituire il principale elemento per determinare il compenso. Presumibilmente la causa andrà ora alla Corte suprema.

La Corte suprema della Pennsylvania, confermando un giudizio in primo grado, ha condannato una società industriale a corrispondere un adeguato indennizzo alla vedova di un operaio, morto di silicosi determintasi per l'insufficiente difesa contro le polveri silicee nella fabbrica ove egli lavorava. Dal 1924 al 1935 egli era stato addetto alla ripulitura di ceramiche e terre cotte; nell'ottobre del 1935 dovette essere ricoverato in un sanatorio e vi rimase fino alla morte, avvenuta nel febbraio 1936. L'azione giudiziaria ha richiesto, per svolgersi, tre anni. La legge invocata — sulla tutela dei lavoratori nello Stato di Pennsylvania — risale al 1905.

Notizie sanitarie di guerra.

In Francia il Ministero delle Colonie ha creato presso le truppe coloniali un Comitato tecnico per la trasfusione del sangue, analogo ad altri due già organizzati dal Ministero della Guerra e dal Ministero della Sanità Pubblica; ha per scopo di identificare i gruppi sanguigni nei donatori coloniali e di definire le razze di colore che meglio possono utilizzarsi per le trasfusioni ai bianchi. Il reclutamento dei donatori sarà fatto per appello pubblico.

Alla Facoltà medica di Lilla i professori onorari Vanverts, Potel e L. Fort sono stati richiamati in attività, in seguito alla mobilitazione dei loro colleghi titolari.

Durante la guerra la redazione e l'amministrazione della « Gazette Médicale de France » si sono trasferite a Brunoy (Seine-et-Oise), rue de la Glacière 20.

Il « Journal de Médicine de Lyon » pubblica regolarmente, per esteso, i resoconti della Società Medico-chirurgica della XIV Regione, destinata alla medicina di guerra.

È allo studio un Consiglio di revisione per i medici francesi riformati, la maggior parte dei quali continua l'esercizio della professione, dimostrando di essere perfettamente in grado di sopportarne le fatiche.

In Germania è stato autorizzato un rifornimento suppletivo (in quantità maggiore di quel-

la consentita dal tesseramento) di biancheria e di sottovesti ai malati particolarmente soggetti ad insudiciarsi: colectomizzati, portatori di urinali e amputati (eccettuate le amputazioni poco rilevanti). La prescrizione deve essere fatta da medici militari, da medici delle assicurazioni o dai medici privati, a seconda che si tratti di lesioni di guerra, sul lavoro o per altri motivi.

Un po' dovunque.

Il Capo del Governo ha deliberato di destinare alla Clinica del lavoro « Luigi Devoto » la somma di 50.000 lire.

Il Ministero dell'Interno (Direzione generale della sanità pubblica) con circolare n. 39, in data 5 aprile 1940-XVIII, ha disposto una riduzione ferroviaria a favore d'infermi di tubercolosi (concessione speciale IV).

Con R. D. 25 genn. n. 68, su proposta del ministro del'Educaz. Naz., la Società Ital. di Chirurgia, con sede in Roma, è stata eretta in ente morale e se n'è approvato lo statuto.

La Società napoletana di chirurgia si è adunata il 24 febbraio sotto la presidenza del prof. L. Dominici. Sono state fatte comunicazioni dai soci Delitala, Pignatelli, Giliberti, Bengara.

La Società fra i cultori delle scienze mediche e naturali di Cagliari si è adunata il 12 febbraio. Sono state fatte comunicazioni dai soci A. Leone, G. Zedda, A Spanedda, A. Racugno.

La Società tosco-umbra di chirurgia si è adunata il 27 febbraio. Sono state fatte comunicazioni dai soci A. Bronzini, G. Cavina, G. Mangione.

La Reale Accademia Medica-fisica fiorentina si è adunata il 13 febbraio, per ascoltare una relazione del prof. A. Aiazzi Mancini sul tema: « Trionfi della chemioterapia »; e il 27 febbraio, per ascoltare una relazione del prof. C. E. Roberti sul tema: « Insulinoterapia nelle malattie mentali ».

La Società medico-chirurgica di Modena si è adunata il 10 febbraio; sono state fatte comunicazioni dai soci: G. Rossi, L. Mattioli.

Il prof. R. Bali, rettore della R. Università di Modena, ordinario di radiologia, è stato incaricato dal Ministero dell'Interno, previo assenso del Ministero dell'Educazione Nazionale, d'ispezionare i Centri ed Istituti per la diagnosi e la cura dei tumori maligni, allo scopo di disciplinare ed incrementare la relativa attività.

Il prof. A. Agrifoglio ha tenuto la prolusione al corso di Clinica chirurgica generale nell'Università di Cagliari, trattando il tema: « Fatti e problemi riguardanti distonie neuro vegetative di alcuni tratti dell'apparato digerente ».

Il prof. N. Castellino è stato ricevuto dal Duce, al quale ha presentato i risultati delle sue ricerche sull'autarchia della chimica industriale.

Il prof. C. Gamna ha commemorato il 27 febbraio, nella Clinica Medica generale di Torino, il prof. C. Bozzolo.

L'accademico prof. P. Rondoni ha tenuto il 27 febbraio, nell'Istituto culturale fascista di Milano, una conferenza sul tema: « La difesa contro le malattie infettive ».

Il prof. E. Scolari ha tenuto a Sassari una conferenza sul tema: « Le porfirine nei loro rapporti con la dermatologia ».

Il prof. Rosolino Colella, emerito dell'Università di Palermo, ha legato le sue sostanze ad una grande opera di beneficenza nella sua città natale.

L'Associazione Medica Americana era stata processata, in applicazione della legge contro i trust, per avere interdetto ai suoi membri di prestare la loro opera professionale a certe organizzazioni per cure collettive. Il processo pareva definitivamente vinto dall'Associazione, in virtù di una sentenza della Corte suprema. Ma il ministro della giustizia ha autorizzato la revisione del processo. L'Associazione sostiene che il mutualismo a stipendio fisso costituisce un avviamento verso la medicina socializzata, in cui i medici perdono i caratteri di professionisti liberi, per divenire degli impiegati.

In Francia il Ministero della sanità pubblica ha istituito un « libretto sanitario », su cui vengono iscritte, in ordine, le segnalazioni di carattere medico, relative ai titolari. I titolari — od i loro genitori, per i bambini ed i ragazzi — sono invitati a presentare il libretto al medico curante ogni volta che se ne chiedono le prestazioni, affinchè egli vi registri i propri rilievi. Il libretto costituisce un documento strettamente personale, di cui nessuno può esigere la visione. Sarà rilasciato d'ora in poi fin dalla nascita ai genitori; lo sarà anche a chiunque ne faccia richiesta.

In Olanda si è istituito un servizio psicotecnico militare, sull'esempio degli Stati Uniti.

In Germania l'Opera nazionale « Madre e Bambino » farà da centrale per il rifornimento di vitamina C nelle scuole. In primo tempo si provvederà per le scuole delle grandi città. Tutti gli scolari di 12 e 13 anni riceveranno una compressa al giorno da marzo a maggio; gli scolari di 11 anni una compressa al giorno dalla metà di aprile alla fine di maggio (cioè durante l'epoca in cui più scarseggia il rifornimento di vitamina C). In condizioni speciali, il rifornimento supplementare verrà esteso agli adulti.

Nello stato di Mississippi è stata emanata un'ordinanza secondo cui i composti barbiturici non possono essere forniti che su ricetta di medici, veterinari o dentisti.

Il 18 febbraio venne inaugurato a Buenos Aires l'Ospedale Nazionale Centrale per tubercolotici, che occupa la sede dell'ex-Ospedale Militare. Alla cerimonia assistettero il presidente della Repubblica e molte altre personalità.

Il grandioso Sanatorio per cancerosi di Amburgo entra ora nel 10° anno di vita. Esso aprirà quattro ambulatori. Organizzerà anche un laboratorio di ricerche, per l'esame di tessuti sospetti cancerosi, di sangue ecc.

A Edimburgo si è inaugurata una nuova Clinica ostetrica; essa reca il nome di « Simpson Memorial Maternity Pavillon ».

L'Istituto Imperatore Guglielmo per la Biologia a Berlino-Dalhem ha celebrato, il 20 marzo, il suo 25° anniversario. È ora diretto dal protistologo M. Hartmann.

Nell'atrio della « General Infirmary » di Leeds è stato collocato un busto del compianto chirurgo lord Moynihan.

Dal 26 al 28 maggio si terrà a Parma un Convegno nazionale per l'industria e l'arte della stampa. Segreteria : via Aurelio Saffi 16, Parma.

I camerati ufficiali medici di complemento che frequentarono il primo corso accelerato 1915, in Modena, per ufficiali complemento in varie armi, sono inviati a fornire il loro recapito attuale al maggiore Arnado Mantice, corso del Littorio 2, Milano, che sta organizzando un convegno a Modena, in epoca da precisare.

A Pilsen (Germania) è stato arrestato il dottor Recek, il quale era da tempo sospettato di praticare degli aborti criminosi dietro compenso. Correva voce che nella sua casa di salute i feti, come pure i neonati venuti al mondo troppo presto, venissero inceneriti. Da una donna morente la Polizia ha ottenuto delle confessioni che hanno portato all'arresto.

È deceduto a Salò in età di 70 anni il prof. ERNESTO LUGARO. Era nato a Palermo. Per molti anni diresse la clinica neuropsichiatrica dell'Università di Torino.

Il Lugaro ha compiuto molti studi originali in campi svariati della specialità. Ha anche pubblicato opere di lena: « Malattie mentali » (in collaborazione col suo Maestro E. Tanzi), « I problemi odierni della psichiatria », « Idealismo filosofico e realismo politico » ecc.

Era una delle più elette menti delle nostre Università. M.

Il 26 dicembre u. s. è deceduto improvvisamente a Verona il prof. AMATORE AUSTONI.

Nato a Monza nel 1879 compì i suoi studi all'Università di Padova dove poi percorse la carriera di assistente e di aiuto nella Clinica Chirurgica diretta dal prof. Bassini, fino anche a tenere interinalmente per 1 anno la direzione della Clinica stessa, allorchè il Bassini fu collocato a riposo. Successivamente dopo essere riuscito vincitore per il posto di primario chirurgo in varie città, nel 1922 ottenne la nomina a chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Verona, posto che ha sempre occupato fino alla sua morte.

Durante la guerra mondiale, arruolatosi volontariamente, prestò servizio ininterrotto al fronte per 4 anni, meritandosi la croce di guerra al merito e la promozione a maggiore.

Autore di moltissime pubblicazioni scientifiche, vanno fra esse ricordate quelle sulla morfologia dei muscoli auricolari estrinseci dell'uomo, quelle sull'attività degli estratti ipofisari e surrenali nell'organismo, una monografia sulla tecnica operatoria dell'ipofisi ecc. Dal 1926 era presidente della Sezione veronese della Lega Italiana contro il Cancro e presidente del Circolo di Cultura del Sindacato Provinciale Medico Fascista di Verona.

Con la morte del prof. AUSTONI scompare uno dei migliori primari chirurgi d'Italia, continuatore dell'opera di Edoardo Bassini. A. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Min. Med., 3 nov. — F. ROMEO. Funzionalità renale.

Presse Méd., 1 nov. — J. LEVKUF. Ferite di guerra.

Giorn. di Batter. e Immun., nov. G. CATALANO. Eccipiente grasso nella vaccinaz. antibrucellare. — E. BIOCCA. Streptococco viridante ed emolitico.

Arte Pediatrica, vol. XXVI. — Lavori in onore di A. WALLGEN.

Wien. Klin. Woch., 17 nov. — R. STÖGER. Rapporti tra vitamina B_1 e C. — V. KUTCHERA-AICHBERGER. La dieta nelle malattie infettive.

Presse Méd., 11-15 nov. — A. BASSET. Trattam. d'urgenza delle ferite penetranti nelle articolaz.

Lancet, 7 ott. — T. ANDERSON e al. Chemoter. della polmon. — 14 ott. A. W. SPENCE. Testosterone nella mastite cron. — M. KENNY e al. Prolactin. — 21 ott. A. LIPSCHÜTZ e al. Azione antitumorale del testosterone. — N. MORRIS e M. M. STEVENSON. Vitamina D_2 e D_3 nel rachit. — 28 ott. H. S. BANKS. Chemoter. della meningite meningococc. — B. O. C. PRIBRANN. Operazioni elettrochirurgiche nella cistifellea.

Paris Méd., 4-11 nov. — Malattie dei reni.

Acta Med. Scand., IV-V. A. ELDRAHL. Chemoter. della polmon. — A. L. TCHIJEVSKIG. Trattam. dell'asma bronch. con aeroioni artific. — A. KAHLMETER. V'è un reumatismo allergico?

Journ. A. M. A., 4 nov. — V. P. SYDMOTRICKER. Carenza di riboflavina. — S. P. KEPSON. Trattam. dell'endocardite batterica subacuta. — C. REGAN e al. Esteri di desossicorticosterone.

Amer. Journ. Med. Sc., nov. — R. PEMBERTON. Trattam. degli artritici. — W. P. BELK e al. Trasfusioni. — C. F. GARVIN e M. L. SIEGEL. Cor pulmonale.

Deut. Med. Woch., 17 nov. — LIEBERMEISTER. Diagn. differ. della tbc. — ESCHEME. Azione dell'ormone follicolare sulla crescita dei peli.

Speriment., ott. — A. TROJANELLO. Trasfus. di sangue conservato di cadavere. — G. GILIBERTI. Prova di Gordon.

Riv. di Chir., sett.-ott. — L. BAKUNIN. Diagn. precoce del cancro. — L. IMPERATI. Tbc. del peritoneo ed appendicite.

Med. Klinik, 17 nov. — Inchiesta sull'esame funzion. del fegato.

Gaz. d. Hôp., 15-18 nov. — L. TANON. Ossessione dei gas.

Klin. Woch., 18 nov. — H. CURSCHMANN. Preipofisi e funzione renale. — P. GÖMÖRI e E. SÁRMAI. Nefrosi. — R. KLOTZ. Il glutatione nell'insuffic. cardiaca.

Riv. di Malar., 5. — G. PANSINI e al. Terapia della malaria. — S. MANCA. Jodo-mercurio di manganese nella malaria cron. recidivante.

Journ. A. M. A., 28 ott. — R. B. RANEY. Cura chirurg. dell'ipertensione. — S. T. ALLISON e R. MYERS. La sulfapirina nella tbc. polm.

Forze Sanit., 15 nov. — D. SOLIERI. Influenza addom.

Arch. It. di Chir., giu. — A. POZZAN e G. BACCAGLINI. Polimorfismo delle paratiroidi. — L. DURANTE. Problema operativo della sinistrocolite. — B. CORTIVO. Cancro del retto.

Wien. Klin. Woch., 24 nov. — N. v. JAGIC. Cardioterapia. — O. CHIARI. Diabete infantile.

Min. Med., 17 nov. — Medicina coloniale.

Brit. Med. Journ., 18 nov. — G. BOURNE. Trattam. dell'angina da sforzo. — A. SIMPSON-SMITH. Trattam. dell'ernia inguin.

Lancet, 18 nov. — C. ALFORT e P. GHALIOGNI. Trattam. conservativo dell'ascesso epat. — L. O' SHAUGHNESSY e al. Soluzione d'emoglobina come sostituto del sangue per le trasfusioni.

Klin. Woch., 25 nov. — H. BARBIER. Oscillazioni numeriche dei reticolociti. — D. WAGNER. Impiego locale di sostanze estrogene nelle ulceraz. cron.

Paris Méd., 18-25 nov. — L. IZAC. Benzedrina in terapia neuro-psichiatr.

Haemet. (Arch.), IX. — N. QUATTRINI. Ombre di Gumprecht. — A. BASERZA. Rappresentaz. grafica del mielogramma. — F. PARADISO e R. REITANO. Malattia di Di Guglielmo.

Rif. Med., 25 nov. — S. GUALCO. Sindrome ipertimica di Pende.

Med. Welt., 25 nov. — H. DENNIG. Sifilide dell'aorta e del cuore. — H. SCHÜTZ. Dermatologia e influenza.

Deut. Med. Woch., 24 nov. — ICKERT. Fenomeni allergici e similari nella tbc. — STRAUCH. Ipofisi e diabete.

Proc. R. Soc. Med., ott. — Discussione: Trattam. conservativo dell'idronefrosi; Dischi intervertebrali erniati; otopatie nell'infanzia. Casistica.

Presse Méd., 24 nov. Medicina portoghese.

Forze San., 30 nov. — F. JERACE. Nuova concez. patologica della malaria. — G. CHIUCINI e A. SENESI. Terapia sulfamidica della polmon.

Bull. d. Sc. Med., nov.-dic. — D. SOLI. L'autolisi renale in vivo.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 nov. — R. BURNAND. Autopsia di un caso di tbc. cronicissima.

Min. Med., 24 nov. — R. RUBEGNI e I. SCIMONE. Ipersensibilità alle punture di zanzare e di pulci.

Marseille-Méd., 5-15 sett. — Radiologia.

Id., 3-25 ott. — Gas di combattim.

Deut. Med. Woch., 1 dic. — BÜHLER. Ormonoterapia dell'emicrania.

Lancet, 25 nov. — W. M. DENNISON. Trattam. delle scottature nell'infanzia. — T. MOORE. Calcoli renali consecutivi a terapia alcalina.

Klin. Woch., 2 dic. — E. LEPESCHKIN. Elettrocardiogramma. — C. DIENST. Acidità tessutale e edema. — H. STORZ. Ipotonia genuina.

Wien. Klin. Woch., 1 dic. — J. WAGNER-JAUREGG. Trattam. attuale della paralisi progr. — H. HOLLUSTEINER. Trattam. delle tireotossicosi e ipertireosi.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Medicina leg. e soc.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 29 Aprile 1940-XVIII Num. 17

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO A DECORRERE DAL 1° MAGGIO 1940

Singoli:	Italia	Estero	Comulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 80 —	L. 125	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 125	L. 180
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 60 —	L. 70	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 125	L. 180
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 60 —	L. 70	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.)	L. 165	L. 220

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

CLINICA DELLE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
Direttore: Prof. G. AYALA.

Meccanismo di azione dell'auto-liquor-terapia preventiva dei disturbi e inconvenienti della pneumoencefalografia.

Prof. MARINO BENVENUTI
Dirett. Ospedale Neuro-Psichiatrico di Aquila.

L'encefalografia ha in confronto della ventricolografia il vantaggio, oltre quello della maggior semplicità dell'esecuzione, di rendere visibili non solo le cavità ventricolari ma anche gli spazi subaracnoidali della volta e della base encefalica. Ma per ottenere dei reperti di sicura interpretazione radiodiagnostica, senza giungere alla sostituzione totale del liquido cefalo-rachidiano, come vorrebbero alcuni AA., occorre sottrarre almeno una grande quantità di esso liquor e sostituirla con una quasi uquale grande quantità di aria. Il che è tutt'altro che scevro di inconvenienti e di pericoli specialmente nei casi di ipertensione endocranica, sopratutto se questa è dovuta a processi morbosi endocranici a carattere espansivo. Per altro, fuori di questi casi, la insufflazione per via lombare di quantità modiche e piccole di aria sterile e filtrata si può considerare praticamente scevra di pericoli gravi, ma non esente da inconvenienti e da disturbi post-puntori, che, sia pure transitori, a volte, assumono carattere di gravità. Motivo anche questo per cui la encefalografia gassosa secondo il metodo di Bingel gode un relativamente scarso favore presso alcune Cliniche e reparti Ospedalieri Neurologici e viene omessa anche quando potrebbe fornire dati obiettivi utilissimi per la conferma o la rettifica o l'impostazione della diagnosi neurologica. L'aspirazione di tutti coloro, che, come noi, ricorrono a questo metodo di indagine clinico, è di escogitare i mezzi più opportuni per ovviare anche a questi inconvenienti o ridurre al minimo la entità e la du-

rata dei disturbi subbiettivi o obiettivi post-puntori.

Le sofferenze lamentate dai paz. durante l'intervento si possono così riassumere: dolori di capo, talvolta molto violenti, che sembrano corrispondere alla percezione dolorosa del movimento ascensionale dell'aria; pallore spiccato del volto; sudorazione profusa; nausea spesso seguita da vomito; abbassamento della pressione arteriosa; ipotermia cui segue dopo breve tempo ipertermia. Il polso radiale, oltre a rallentare di frequenza, in genere, diviene meno ampio e meno valido, si fa cioè piccolo e molle. Talvolta questi disturbi insorgono appena iniziata la insufflazione e appaiono subito allarmanti, a tipo di shok, con rapida caduta della pressione arteriosa. In qualche caso, infine, è stata segnalata durante l'intervento la comparsa di convulsioni.

Il dolore di capo, secondo Vincent, sarebbe d'origine meccanica, dovuto a irritazione meningea e da riferirsi all'azione diretta del gas iniettato piuttosto che alla natura di esso. In generale quando l'iniezione d'aria raggiunge i 20-30 cc. l'irritazione meningea è evidente e si esprime con cefalea spesso così violenta da dare al paz. l'impressione che la testa si spezzi. Alla fine dell'intervento si osserva con una certa frequenza rigidità della nuca e Kernig.

I disturbi post-operatori, per quanto vari da un soggetto all'altro, sono costanti. La cefalea costituisce il fenomeno più frequente; il paz. si lamenta di un dolore diffuso, a carattere pulsante, che iniziatosi durante l'intervento, va progressivamente aumentando di intensità per alcune ore e si acerba con i movimenti e i cambiamenti di posizione della testa.

Più frequentemente che durante l'intervento si osserva il vomito.

Altro disturbo consecutivo alla puntura alla Bingel è l'ipertermia reazionale presentata dalla maggior parte dei malati. Questa comincia, in genere, una mezz'ora dopo l'introduzione dell'aria e raggiunge in 4 ore circa il suo acme, che può oltrepassare i 39°. Il polso si accelera e la pressione sanguigna può subire una lieve elevazione. Le funzioni respiratorie in genere non sembrano risentire dell'intervento. Non mancano però casi in cui sono state lamentate delle broncopolmoniti molto gravi, nei giorni che seguono l'insufflazione, in soggetti in cattivo stato generale (Guttmann e Kirschbaum). Vincent ha osservato, sia pure raramente, ritenzione d'urina transitoria.

L'intensità e durata della reazione post-operatoria — messi a parte i fattori individuali e certi altri fattori, quali per es. l'affezione cerebrale in causa, la dimensione dei ventricoli, la capacità degli spazi subaracnoidei — sembra proporzionata alla quantità di aria introdotta.

Non sempre i disturbi diminuiscono d'intensità con il ritorno del paz. in letto e con la immobilità, e mentre la temperatura può ritornare alla norma nelle prime 12-24-48 ore, la cefalea, in genere, persiste più a lungo, fino a 4-5 giorni.

Per quanto, ripeto, i disturbi surricordati non si concretino, per lo più, in un vero pericolo per i malati, tuttavia le loro sofferenze, come abbiamo accennato, sono talvolta così atroci da giustificare il quesito posto da alcuni AA. se cioè i vantaggi diagnostici e curativi che si possono ottenere con la encefalografia compensano, in certo senso, i dolori, le sofferenze, i pericoli che ne derivano.

Ma questo quesito, anche secondo la nostra esperienza, va risolto a favore del metodo, purchè gli interventi siano eseguiti secondo opportuna e rigorosa tecnica operatoria e si mettano in opera alcuni mezzi terapeutici dimostratisi secondo l'esperienza più adatti a prevenire i lamentati disturbi e dedotti dallo studio e interpretazione del meccanismo patogenetico dei medesimi.

È intuitivo e dimostrato dalla esperienza, specie dei primi anni nei quali si cominciò ad usare di questo mezzo di indagine, che molti casi di morte e di gravi disturbi post-encefalografici sono stati dovuti o a tecnica operatoria incongrua o alla qualità del gas insufflato, ovvero alla quantità eccessiva di esso iniettata troppo rapidamente. Per ciò sono stati consigliati vari metodi di insufflazione lombare a cominciare da quello originale del cilindro graduale di Bingel a quelli nei quali si ricorre alla doppia rachicentesi. Qualunque sia il metodo seguito, l'importante è di sostituire lentamente il liquor estratto, di tener conto della pressione, di evitare le manovre brusche e le quantità di aria molto grandi e inadeguate al singolo caso. Il metodo escogitato e usato da anni dall'Ayala, e in questa clinica da noi stessi generalmente seguito, risponde a queste esigenze tecniche.

Il dispositivo dell'ago e dei raccordi col manometro e con la siringa verticali sono tali che è possibile con questo metodo, senza alcuna altra manovra, senza perdita del benchè minimo quantitativo di liquor, conoscere non solo la pressione iniziale, ma anche quelle successive dopo ogni quota di liquor estratto e di una data quantità di aria insufflata, e giudicare quando è opportuno nel singolo caso sospendere l'intervento in base alle cifre della quantita totale del liquor estratto, dei centimetri

cubi di aria sterile iniettata e della pressione esistente dopo l'ultima quota di aria iniettata: pressione residua, che deve essere sempre poco al di sotto della pressione iniziale in modo da turbare il meno possibile le condizioni idrostatiche endocraniche (G. Ayala). Ma anche senza ricorrere a questo metodo, solo in apparenza complicato ma semplicissimo praticamente, qualunque tecnica si segua, l'importante è, lo ripetiamo, di evitare le manovre brusche e le sottrazioni eccessive e le insufflazioni massive (non frazionate) di gas.

Ora, siccome anche attenendosi ad una tecnica corretta e prudente, non sono scongiurati assolutamente i disturbi, specialmente quelli post-encefalografici, si suole ricorrere a rimedi preventivi e curativi, il numero dei quali è andato sempre crescendo e che consistono nella somministrazione prima e dopo l'intervento delle sostanze e delle soluzioni più varie (solfato d'atropina, cloridrato di morfina, di scopolamina-morfina, spasmalgina, avertina, dilaudid, preanest, gardenal sodico, teobromina, idrato di cloralio a dosi elevate, cloralio-bromuro di sodio per istillazione rettale, soluzioni ipertoniche per via rettale o endovenosa, di acqua distillata fredda per via endovenosa, ecc.).

Secondo Bohn, il quale trae le sue conclusioni dallo studio di mille soggetti sottoposti ad encefalografia, i medicamenti somministrati prima dell'introduzione d'aria sembrerebbero esercitare una notevole influenza sulla cooperazione del malato nel corso dell'intervento e sul carattere e la gravità dei disturbi ad esso legati; così il solfato di atropina facilita al massimo la cooperazione del malato e riduce al minimo le reazioni ulteriori. Nel periodo post-operatorio l'A. consiglia di utilizzare due tipi di medicamenti: degli stimolanti e dei sedativi; i primi trovano il loro impiego allorchè il solfato di morfina è stato usato per la preparazione del malato, i secondi sono prescritti negli altri casi.

Alcuni AA. poi ricorrono, specie nei fanciulli, all'anestesia generale, la quale, però, costituisce di per sè un pericolo e non sembra esercitare alcuna influenza sulla durata e intensità delle reazioni post-operatorie. Bohn, avendo sottoposto il 20 % dei suoi malati ad anestesia generale ed osservato un riempimento insufficiente dei ventricoli nel 16 % di questi casi, sconsiglia l'anestesia e spiega gli insuccessi come dovuti al fatto che l'anestesia generale aumentando la pressione endocranica diminuisce i battiti cerebrali e così fa ostacolo agli scambi di liquido e di gas attraverso le strette comunicazioni costituite dal forame di Luschka e di Magendie.

In questa clinica, ove, oltre alla diretta introduzione dell'aria nei ventricoli (ventricolografia) vengono regolarmente praticate introduzioni per via rachidea sia a scopo diagnostico che a scopo terapeutico, abbiamo fatto volta a volta ricorso ai vari sussidi terapeutici proposti. Di nessuno di questi possiamo dirci pienamente soddisfatti. Dalla nostra esperienza rimane confermato che la sostituzione con aria di notevoli quantità di liquor è costantemente seguita — nonostante il rispetto degli accorgimenti tecnici e l'impiego dei medicamenti ricordati — da reazioni prevalentemente rappresentate da cefalea, vomito, ipertermia, che per intensità e durata riescono fortemente penose a gran parte dei soggetti.

Da qualche anno è entrato nella prassi di questa Clinica un particolare, semplice e utilissimo procedimento, della bontà del quale sempre più sono venuto convincendomi, e che merita un breve cenno illustrativo, anche perchè non mi risulta che sia stato da altri ancora usato nella pratica encefalografica.

Il procedimento consiste in un trattamento preventivo costituito dalla reiniezione endovenosa dei primi 10-20 cc. di liquido cefalo-rachidiano estratto per eseguire la encefalografia alla Bingel, alla quale poi si procede secondo la tecnica anzidetta. I risultati migliori si ottengono facendo precedere di 15'-20' la iniezione endovenosa alla introduzione della prima quantità di aria.

Con tale metodo abbiamo veduto eliminati tutti i disturbi lamentati o, comunque, attenuati in misura di gran lunga maggiore che con gli altri mezzi dai vari AA. consigliati e, come detto sopra, da noi stessi usati con poco successo.

Sia le reazioni osservabili durante l'intervento, che quelle successive risentono grandemente della iniezione preventiva di autoliquor. Così mai mi sono visto costretto a interrompere la introduzione d'aria per l'insorgenza di gravi disturbi durante l'intervento, cosa frequentemente lamentata dai vari AA. e che obbliga a rinunciare ad un'indagine utilissima per la chiarificazione di dubbi diagnostici.

Se anche i paz. si lamentano dei dolori corrispondenti all'ascensione dell'aria e dovuti, secondo Vincent, alla irritazione meningea, questi sono lievi e bene tollerati dal malato.

Così pure vengono bene sopportate le manovre indispensabili per ottenere i radiogrammi nelle varie proiezioni e che comportano, di necessità, cambiamenti di posizione della testa,

in genere accusati dai paz. A questo proposito credo opportuno aggiungere che utilissimo allo scopo è l'apparecchio radiodiagnostico costruito secondo le indicazioni del prof. Ayala e in modo particolare il suo portachassis (tunnel) a squadra, che consentono di assumere tre radiogrammi in diverse proiezioni senza spostamenti del malato.

Per ciò che riguarda i disturbi post-operatori dirò che della cefalea — violenta nella generalità dei casi e persistente, in notevole percentuale di malati, fin'oltre i 4-5 giorni — con la preventiva inoculazione di liquor se ne ottiene una spiccatissima attenuazione dell'intensità e della durata e ben raramente la si vede accompagnata a vomiti. Nella grande maggioranza dei casi, anche in seguito a introduzione di quantità di aria di 100 cc., la cefalea è lieve e di breve durata, persistendo al massimo 24-36 ore.

Anche l'elevazione della temperatura, nei casi in cui è presente, si mantiene in limiti modesti e rapidamente decresce raggiungendo valori normali, dopo 5-6 ore, in genere, dopo l'introduzione. Mai ho osservato rialzi termici superiori ai 38°. Ricordo a questo proposito che Bohn, nonostante i vari metodi adoperati contro i disturbi da encefalografia, ha osservato nella generalità pressochè assoluta dei suoi casi rialzi termici che hanno rapidamente raggiunto e sorpassato i 38°,5 e rimasti invariati per oltre 12 ore. Barcia-Goyanes, avendo osservato che quantità anche minime di aria provocano una risposta termica che di frequente oltrepassa i 39°, considera l'ipertermia reazionale come una delle conseguenze più tediose dell'encef. e in base a ricerche sistematicamente condotte su vasta casistica, è giunto alla convinzione della nullità dell'efficacia dei vari mezzi preconizzati dai vari autori.

La bontà del metodo da me usato è dimostrata in tutta la sua evidenza dalla tolleranza alla introduzione di notevoli quantità di aria di soggetti sottoposti a numerose punture alla Bingel e che per lo innanzi presentavano imponenti reazioni alle introduzioni non precedute dalla iniezione endovenosa di liquor. Praticando da tempo, a scopo terapeutico, la introduzione di aria per via rachidea negli epilettici ed avendo trattato in tal modo un numero considerevole di malati, ho avuto così ripetute occasioni di controllare e confermare la verità del suddetto asserto.

Ciò premesso vediamo quale verosimilmente può essere il meccanismo di azione per cui agisce la iniezione di autoliquor nel prevenire i disturbi di solito consecutivi all'introduzione di aria per via rachidea.

I tentativi di liquorterapia e di autoliquorterapia sono numerosi. Ricordo quelli di Zielinski, Wais, Sterling, Okuniewsky nel tifo esantematico; di Regett, Souques. Dardel e Gourt, Piticarin, Giulietti nella encefalite epidemica e nei postumi di essa; di Tilli nella meningite tubercolare; di Mariotti nella paralisi progressiva e nelle varie forme di sifilide del sistema nervoso e quelli più recenti nella meningite cerebro-spinale epidemica.

Nella maggior parte di questi tentativi la liquorterapia verosimilmente agisce come una proteinoterapia; in altri, per la presenza nel liquido di anticorpi, con un'azione specifica autovaccinante; in altri ancora, per la presenza nel liquido di medicamenti o di altre sostanze, con un'azione più complessa.

L'autoliquorterapia è stata utilizzata anche in chirurgia per evitare gli incidenti dovuti alla rachianestesia. Con tale pratica il Daniel di Bucarest ottenne risultati immediati e tardivi eccellenti per prevenire i temibili accidenti e incidenti imputabili all'anestesia lombare. Vitale, Placeo, Giacobbe, Naldini, che hanno eseguito lo stesso metodo su vasta casistica e lo hanno trovato di grande utilità, concordano col Daniel nell'interpretare i buoni risultati come effetto di una desensibilizzazione dell'organismo, la quale eviterebbe l'insorgenza dei vari disturbi e in particolar modo della cefalea.

Nel tentativo di interpretare il meccanismo d'azione della autoliquorterapia preventiva nella encefalografia alla Bingel dobbiamo, innanzi tutto, tener presente che i disturbi a questa conseguenti sono alquanto diversi da quelli dovuti a rachianestesia, i quali, come è noto, sono in gran parte almeno legati alla sostanza anestetica, e si verificano per lo più in individui particolarmente sensibili ad essa. E se in questi disturbi si può ravvisare, secondo Daniel, una certa analogia clinica e fisiologica con i fenomeni anafilattici, altrettanto non si può ammettere per i primi.

È da riconoscere piuttosto una più stretta somiglianza tra i disturbi da encefalografia e quelli che insorgono, sia durante che immediatamente o qualche tempo dopo la sottrazione di liquido cefalo-rachidiano a mezzo della puntura lombare, in una percentuale numerosa di soggetti, specialmente in quelli con liquor normale. Questi disturbi post-puntori sono troppo noti per essere qui descritti e la loro patogenesi è stata discussa lungamente anche da G. Ayala (1925), il quale si sofferma

specialmente sul disquilibrio idrodinamico encefalico che si stabilisce anche dopo un certo tempo dalla P. L. e indica la responsibilità della cattiva tecnica generalmente usata nelle rachicentesi, le quali, infatti, se praticate secondo le modalità da lui indicate raramente sono seguite da disturbi di qualche rilievo. In seguito numerosi lavori, italiani e stranieri, sono stati pubblicati sull'argomento; ma ben poco è stato aggiunto a quanto venne dimostrato ed affermato dall'A. Basterà ricordare a questo proposito le osservazioni di Gordon (1929) circa l'ipertermia fino a tre gradi da lui osservata in 250 casi sia dopo la P. L., sia dopo la sottrazione di liquor dai ventricoli cerebrali.

Certo più frequenti e più gravi sono i disturbi che si osservano in seguito alla encefalografia alla Bingel, e questa maggiore entità di disturbi si spiega facilmente considerando che al nocumento causato dalla sottrazione di liquor si somma quello determinato dall'azione dell'aria introdotta. Che questa, specie se immessa in notevole quantità, contribuisca alla provocazione della ben nota fenomenologia morbosa è indubbio. Studi condotti sul liquor nei giorni successivi all'encefalografia depongono per l'insorgenza di una reazione meningea asettica. Cestan e Riser hanno notato l'aumento notevole e rapido del numero degli elementi cellulari (polinucleosi) e l'aumento dell'albumina; Hermann, Thurzò e Nagy hanno constatato gli stessi fatti ed una curva meningitica nelle reazioni colloidali.

È giustificato pensare che nel determinismo dei disturbi in parola non sia del tutto estranea la quantità di liquor estratta, in genere molto superiore a quella comunemente prelevata per semplice puntura lombare. È un dato di osservazione ormai universalmente noto che, a prescindere dalla malattia da cui il soggetto è affetto, quanto maggiore è la quantità di liquido che si estrae, più intensi e duraturi sono i disturbi che conseguono alla puntura lombare.

Per quanto, mediante accorgimenti tecnici e in speciale modo mediante il continuo controllo della pressione, specie col metodo Ayala, si riesca ad evitare squilibri tensiometrici del liquido c-r., pure la sottrazione di 80-90 ed anche 100 cc. e più di liquor anche se sostituiti con aria, non riesce del tutto indifferente al delicato e complesso meccanismo che regola la idrostatica e la idrodinamica liquorale. Il riportare, insufflando aria, la tensione endocranica ad un dato livello dopo la sottrazione di imponenti quantità di liquor, non è sufficiente, a mio modo di vedere, ad evitare variazioni del regime idraulico endorachideo ed endoventricolare, regime evidentemente in funzione di tutti quei molteplici fattori che regolano allo stato normale e in condizioni patologiche la produzione e la circolazione del liquor.

Mi pare fondato supporre che fenomeni meccanici, dovuti alla presenza di aria e fenomeni biologici, dovuti all'imponente sottrazione di liquor, siano i principali responsabili dei disturbi consecutivi alla puntura alla Bingel. Che questi siano dovuti, con ogni verosimiglianza, a una sommazione di stimoli, lo dimostra il fatto che le alterazioni della termoregolazione — frequenti anche in seguito alla semplice puntura lombare — si osservano molto più spiccate solo nei casi in cui alla semplice sottrazione di liquor segue l'introduzione di aria, casi in cui, a intervento ultimato, si è riportata la pressione, stando alla lettura del manometro, ai valori primitivi.

Similmente a quanto è stato accertato per i disturbi da puntura lombare (Pacifico), anche sulla comparsa e gravità dei disturbi d'intolleranza alla puntura alla Bingel, non può essere messa in dubbio l'influenza dello stato costituzionale neurovegetativo del soggetto. Sebbene la natura dei disturbi non possa essere nel complesso riferita con assoluta certezza alla prevalenza dell'una o dell'altra sezione del sistema vegetativo, pure la genesi di questi va ricercata nella provocazione di uno squilibrio nei fattori che regolano l'eccitabilità neurovegetativa. Possiamo però concludere che l'aumento della temperatura, l'irregolarità respiratoria, le variazioni della pressione arteriosa, del polso, ecc. — che rappresentano i fenomeni clinici più imponenti consecutivi a puntura alla Bingel — sono da interpretare come espressione di risentimento dei centri vegetativi endocerebrali che presiedono a queste funzioni.

Per spiegarci la benefica azione che la preventiva iniezione endovenosa di autoliquor svolge nell'attenuare o nell'eliminare i disturbi che seguono alla puntura alla Bingel, noi dobbiamo tener presenti recenti acquisizioni e sulle funzioni del liquor e sulla funzionalità degli apparati centrali regolatori della vita vegetativa e sugli stimoli capaci di modificarne l'attività. A proposito di questi mi limito a ricordare che tutti i centri viscerali superiori rispondono a una duplice serie di stimolazioni: di natura nervosa le une, per opera di impulsi afferenti dall'ambiente esterno provenienti dai centri di altre funzioni connesse con quelle dei centri in parola; di origine umorale le altre, biochimica in senso lato o

più strettamente ormonica. A proposito delle prime mi limito a ricordare che è ormai ampiamente dimostrato che il liquido c-r. non ha una funzione puramente meccanica, secondaria, ma una complessa e importante funzione biologica. Alcune ricerche sperimentali e cliniche hanno dimostrato che il liquido c-r., per le sue proprietà ormoniche, esercita una influenza sulla regolazione del metabolismo organico, sul trofismo dei tessuti, sul metabolismo idrico e che introdotto nell'organismo stimola tutte le attività funzionali (Negro).

Le variazioni del regime idraulico endorachideo e endocerebrale dovute alla sottrazione di forti quantità di liquor e l'azione meccanica irritatrice prodotta direttamente dal passaggio di aria a contatto con le pareti ventricolari (specie del III ventr.) rappresentano influenze perturbatrici della funzionalità dei centri vegetativi. Superata la loro soglia di stimolazione verrebbe ad essere turbato l'armonico afflusso dei summenzionati stimoli, dai quali dipende l'equilibrio fisiologico dei centri suddetti. Si provocherebbe così uno squilibrio neurovegetativo-endocrino, il quale determinerebbe il prodursi dei vari disturbi da encefalografia.

Con la preventiva iniezione endovenosa di liquor, grazie alle suddette proprietà biologiche del medesimo, si verrebbe a ristabilire o a compensare equilibri ormonici perturbati e ad eliminare o attenuare, in maniera più sensibile che con l'impiego dei vari medicamenti proposti, uno dei più importanti fattori patogenetici dei disturbi consecutivi alla puntura alla Bingel.

Queste sono supposizioni che potranno essere discusse e modificate, ma il fatto clinico dell'utilità dell'autoliquorterapia preventiva sui disturbi post-encefalografici resta; e questo è importante almeno dal punto di vista pratico.

RIASSUNTO.

Secondo l'A. i fattori principali responsabili dei disturbi consecutivi all'encefalografia sono e l'azione meccanica irritatrice prodotta direttamente dal passaggio di aria a contatto con le pareti ventricolari e le variazioni delle condizioni idrostatiche e idrodinamiche del liquor endorachideo e endocerebrale dovute alla sottrazione di forti quantità di liquor, in quanto rappresentano influenze perturbatrici della funzionalità dei centri vegetativi.

Esperimentata l'inefficacia dei vari medicamenti in uso per eliminare o attenuare i suddetti disturbi, l'A. propone allo scopo l'iniezione endovenosa preventiva di liquor, della quale dimostra l'utilità e la maggior efficacia e ne studia il meccanismo di azione.

BIBLIOGRAFIA.

AYALA. Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psych. Bd 84, 1923; e Bd 98, 1925.
ID. Monatschr. f. Psych u. Neurol. Bd. 58, 1925.
AYALA G. e D. PISANI. Rivista Sper. di Freniatria, fasc. 1-2, 1926.
BARCIA GOYANES. Rev. de Nurol. 1933, Vol I, n. 6.
BOHN. Bull. of the Neurol. Inst. New York, 1937, VI, n. 3.
CESTAN e RISER. Soc. de Neurol., 5 luglio 1923.
DANIEL. Soc. de Gynécologie de Bucarest, 17 genn. 1926.
DARDEL e GOURT. Cit. La letteratura medica 1928, I, 15.
GORDON. Rev. de Neurol. 1929, Vol. 44.
HERMANN. Med. Klin., n. 36, 1922.
MARIOTTI. Policlinico, Sez. Prat., 1932.
NALDINI. Boll. Soc. Med.-Chir. Pisa, 1935, n. 2.
NEGRO. Rev. de Neurol. 1931, Vol. II, n. 6.
PACIFICO. Riv. Pat. Nerv. Ment. 1933, Vol. 42, n. 1; 1934, vol. 43, n. 3.
PITICARIN. Wiener Klin. Woch., 11 marzo 1922.
PORTA. Riv. Neurol., n. 4, 1930.
REGETT. La Presse Méd., 1920, VI, 26.
SOUQUES. Bull. Soc. des Hôp., 1922.
STERLING, OKUNIEWSKY. Dur Wysyphous Wydana, 1922.
TILLI. Policlinico, Sez. prat., 1916.
THURZÒ e NAGY. Deut. Zeit. f. Nervenh. H. 6, Bd 79.
VINCENT, RAPPAPORT e BERDET. Rev. de Neurol. 1933, vol. I, pag. 1070.
VITALE. Acc. Lancisiana, Roma, 1931.
WAIS. Lekarz Woiskowy, 1921.
ZIELINSKI. Berl. Klin. Woch. marzo 1918.

La compressione delle giugulari rivelatrice di sofferenza radicolare (*).

Prof. VINCENZO NERI (Bologna).

Il luglio scorso ho avuto l'opportunità di studiare un infermo che presentava indubbi sintomi di sofferenza cronica della coda equina.

Nel raccogliere l'anamnesi di questo malato, la mia attenzione si fissò su questo particolare, che ogni volta che, casualmente, il paziente si comprimeva il collo (come ad esempio nell'atto di allacciarsi il colletto) era colto da un improvviso ed acuto dolore all'estremità inferiore della regione lombare.

Qual'era il meccanismo di produzione di questo dolore? Come mai una lieve compressione sul collo poteva ridestare un violento dolore nell'ambito delle branche posteriori degli ultimi nervi lombari?

Il Mackenzie parlando delle sensazioni del malato e della loro importanza diagnostica af-

(*) Comunicazione svolta alla Società Medico-Chirurgica di Bologna nell'adunanza del 24 novembre 1939-XVII.

ferma che la maggior parte delle malattie si rende anzitutto manifesta dalle sensazioni accusate dal malato stesso. « In realtà, egli soggiunge, dall'interrogatorio del malato si possono trarre dei dati che sono assolutamente essenziali per la diagnosi della malattia, specialmente nei suoi primi stadi. Non sarebbe esagerato l'affermare che l'incapacità della medicina a riconoscere una determinata malattia, al suo stadio iniziale, è dovuta al fatto che le sensazioni del malato non sono quasi mai sottoposte ad una investigazione adeguata ».

Nel nostro malato i movimenti d'inclinazione laterale, di rotazione e di estensione del capo non ridestavano dolore di sorta; solo la flessione forzata del capo sul petto risvegliava un vivo dolore nell'ambito delle branche posteriori delle ultime radici lombari.

La flessione forzata del capo per lo stiramento in alto del midollo e delle radici spinali, da esso provocata, è squisita rivelatrice di sofferenza radicolare, specie quando una o più radici siano ostacolate nella loro ascesa da un processo infiammatorio o da un processo neoplastico. Ma il nostro malato, pure ammettendo che la flessione del capo provoca lo stesso dolore della compressione del collo, era bene esplicito nell'affermare che lo stesso dolore si ridestava, anche senza nessuna flessione del capo, non appena inavvertitamente si comprimeva il collo.

La compressione delle apofisi spinose delle vertebre cervicali, della nuca, dei due terzi posteriori delle parti laterali del collo non ridestava alcun dolore; ma non appena l'indice esploratore si affondava contro il piano vertebrale in corrispondenza del margine interno dello sterno-cleido-mastoideo al livello circa del bordo superiore della cartilagine tiroide, eccoti improvvisamente riapparire il dolore, dolore che si accentuava se la compressione si effettuava simultaneamente dai due lati.

Un'accentuazione del dolore si aveva pure nel momento stesso in cui cessava la compressione.

Poichè la stasi venosa che si provocava nelle vene della faccia non mi lasciava dubbio alcuno che io esercitassi una compressione sulle giugulari, d'un subito il meccanismo del dolore accusato dal malato mi si rese manifesto: esso doveva essere l'espressione d'una compressione sulle radici malate da parte del liquido cerebro-spinale improvvisamente sospinto per la mia manovra dalle cavità craniche negli spazi sub-aracnoidei spinali.

È noto che la compressione lieve delle giugulari provoca un immediato aumento della pressione del liquor che, a soggetto supino, si manifesta con una elevazione al manometro di Strauss di circa 12 millimetri, e che la compressione più energica, della durata di circa 10 secondi, provoca un innalzamento di circa 30-40 millimetri. Non appena cessi la compressione si osserva una brusca discesa nel tubo manometrico, seguita poi da una discesa più lenta.

Sin dal 1857 A. Richet in una serie di esperienze aveva dimostrato che ad ogni aumento di volume della massa encefalica quale si provoca sia nella sistole arteriosa, sia nella stasi venosa durante l'espirazione, una determinata quantità di liquido cerebro-spinale, contenuto nella cavità cranica, veniva sospinto verso la cavità rachidea.

Hilton mise in evidenza l'aumento della pressione del liquido cerebro-spinale negli spazi subaracnoidei spinali in seguito alla compressione delle giugulari.

Nel 1916 il Queckenstedt pensò di applicare queste nozioni alla diagnosi di blocco degli spazi subaracnoidei spinali. La prova manometrica del Queckenstedt perfezionata in seguito da Stoockey, rende preziosi servizi in molti casi di sospetta compressione midollare.

Ho voluto rileggere le memorie originali di Queckenstedt e di Stoockey per rendermi conto se nei casi di compressioni midollari da loro osservati per la ricerca della prova manometrica questi AA. avessero fissata l'attenzione sul dolore radicolare, ridestato dalla compressione delle giugulari, e, con mia meraviglia, non ho trovato accenno alcuno al sintomo dolore.

Altrettanto posso dire dei casi studiati da Vincent e dalla Dejerine-Sorel sulle prove manometriche di Stoockey. Evidentemente l'attenzione di questi osservatori era interamente rivolta ai risultati delle prove manometriche e non alle sensazioni accurate dai malati.

L'esame neurologico del mio malato mi permetteva di poter affermare la presenza di un tumore della coda equina al livello del margine inferiore della terza vertebra lombare. All'intervento operatorio, felicemente eseguito dal prof. Fasiani si trovò un tumore endodurale, un neurinoma della grandezza di una mandorla, che comprimeva la coda equina al livello indicato. Oggi il malato sta bene, ogni dolore spontaneo è scomparso e la compressione delle giugulari è negativa.

Fra la diagnosi di questo caso e l'intervento operatorio sono oggi trascorsi circa tre mesi; in questo tempo mi si è offerta l'occasione di ricercare il sintoma in parola in altri due casi di compressione midollare.

Nel primo caso si trattava di un angioma

extradurale che comprimeva la coda equina, felicemente operato dal prof. Putti. Orbene in questo malato la compressione delle giugulari, prolungata per circa 10'', risvegliava un vivo dolore nell'ambito cutaneo del ramo perineale del piccolo sciatico, a destra, e dolore bilaterale nell'ambito della quinta radice lombare.

Il secondo caso concerne una paziente che presentava sintomi di compressione midollare a livello del sesto segmento dorsale. In questa inferma la compressione delle giugulari risvegliava un acuto dolore nell'ambito cutaneo della sesta radice dorsale di sinistra. All'atto operatorio felicemente eseguito dal prof. Serra si constatò la presenza di uno psammoma al livello indicato, che occupava tutta la faccia posteriore del midollo e raggiungeva lateralmente il punto di emergenza dal midollo della sesta radice dorsale, che comprimeva.

Ecco dunque tre casi di compressione midollare, controllati all'atto operatorio, nei quali la manovra delle giugulari aveva indicato con precisione geometrica il livello della compressione.

Nell'anno 1923 al Congresso Internazionale di Neurologia di Parigi, essendo all'ordine del giorno « Le compressioni midollari », io richiamai l'attenzione sull'importanza della flessione forzata del capo rivelatrice del dolore radicolare al livello della compressione.

Ho voluto ricercare nei miei tre malati se esistesse una concordanza di risultati fra la flessione del capo e la manovra delle giugulari. Orbene mentre nel primo o nel terzo caso il dolore si risvegliava in eguale misura, sia per le manovre delle giugulari che nella flessione del capo, nel secondo malato, in cui all'intervento operatorio si era dimostrata la presenza di un tumore extradurale, la flessione del capo era del tutto negativa. La spiegazione dei risultati diversi di queste due prove sta probabilmente in ciò, che mentre nel primo e nel terzo caso esisteva un ostacolo alla libera ascesa delle radici imbrigliate nel tumore quale si provoca colla manovra della flessione del capo, nel secondo caso invece le radici non erano fissate, ma semplicemente compresse dall'angioma, epperò potevano essere liberamente stirate in alto, mentre erano ulteriormente compresse dalla aumentata pressione.

Ciò posto, non è certo dall'osservazione di tre casi che noi possiamo farci un concetto semeiologico del segno delle giugulari nelle compressioni midollari.

È facile prevedere che mentre nelle neoplasie che si svolgono sulla faccia laterale del midollo, il segno delle giugulari dovrebbe essere positivo anche quando la radice o le radici compresse non risveglino spontaneamente del dolore, nei tumori che si sviluppano nella faccia anteriore o posteriore del midollo la prova delle giugulari sarà con tutta probabilità negativa.

Nel 1916 ebbi l'onore di richiamare l'attenzione su di una manovra rivelatrice del dolore in malati di sciatica, voglio alludere alla flessione forzata del capo sul petto.

Quale sarà il comportamento del segno delle giugulari nella sciatica?

In cinque casi di sciatica degenti all'Istituto Ortopedico Rizzoli, nei quali l'esame neurologico e l'esame del liquor non mettevano in evidenza segni di sofferenza endodurale e nei quali l'indagine radiologica non permetteva di essere affermativi sulla causa di sofferenza sciatica, il segno delle giugulari è stato nettamente positivo.

A differenza però dei due sui tre casi di compressione midollare sopra accennati, nei quali il dolore risvegliato dalla compressione delle giugulari era pressochè immediato, nei casi di sciatica da me esaminati, il tempo di latenza fra l'inizio della compressione e la comparsa del dolore era notevolmente aumentato.

Occorreva una compressione di 10 o 20 secondi perchè il malato accusasse dolore nell'ambito dello sciatico, dolore che a volte si associava a un senso di formicolìo nell'ambito di questo o di quel nervo cutaneo.

Potrebbe forse questo nuovo segno gettare luce sulla topografia del morbo di Cotugno? Perchè mai in questi malati, a differenza delle compressioni endodurali, l'ondata del liquor che di regola segue immediatamente la compressione non mostrava qui i suoi effetti se non dopo 10 o 20 secondi? Qual'è la causa del ritardo? Fin dove può ripercuotersi l'ondata del liquor provocata dalle manovre delle giugulari?

In presenza di un'algia regionale il nostro primo compito diagnostico è quello di individuare il punto di partenza della nevralgia.

Nella nevralgia sciatica cosidetta essenziale qual'è il segmento sensitivo topograficamente responsabile del dolore?

Una volta scoperta la sede sarà nostro compito indagare la causa, la natura dell'irritazione sensitiva.

Nello spazio subaracnoideo le radici nuotano nel liquido cerebrospinale. Ogni improvviso aumento della pressione del liquor dovreb-

be immediatamente ripercuotersi sulla radice irritata.

Nei malati di sciatica da me esaminati era forse l'irritazione radicolare tanto tenue da rendere necessario un forte aumento di pressione del liquor per risvegliare il dolore?

Certo è che nei malati in cui la lesione sensitiva è certamente endodurale, è soprattutto all'inizio e alla fine della compressione che si ridesta il dolore.

Sicard tratteggiando con mano maestra il capitolo delle algie, afferma che solo il segmento radicolare inglobato nel sacco subaracnoideo è bagnato dal liquido cerebrospinale, mentre il segmento radicolare all'origine dei plessi è privo di spazio liquido. L'asserzione di Sicard è vera, ma è altrettanto vero che tra spazio subaracnoideo e l'inizio del plesso esiste un lungo tratto radicolare avvolto nelle guaine durali la cui lunghezza va gradatamente aumentando dalla regione lombare alla regione sacrale che può risentire di ogni cambiamento di pressione del liquor nel sacco subaracnoideo.

Se non fosse così non ci sapremmo spiegare perchè nella sciatica ogni aumento della pressione del liquor provocato sia nella tosse che nello starnuto, sia infine per la compressione delle giugulari rappresenti uno stimolo di elezione per ridestare il dolore.

D'altra parte la geniale scoperta di Sicard che ci ha dato il mezzo di rendere opaco lo spazio subaracnoideo, ci permette altresì di constatare che talvolta il lipiodol passa dallo spazio aracnoideo alle guaine durali sino a raggiungere quasi il limite esterno del foro intervertebrale.

Le diapositive ch'io vi presento sono da questo punto di vista di per se stesse troppo eloquenti per avere bisogno di ulteriori spiegazioni (vedi fig. 1-2-3-4).

Il liquor deve circolare nelle guaine durali che accompagnano i fascetti radicolari che vanno aggruppandosi nel tronco radicolare per raggiungere i plessi ad una pressione certo minore che nello spazio subaracnoideo, pressione che andrà riducendosi a zero là dove la guaina durale si confonde a poco a poco col connettivo del nervo o nevrilemma.

Il liquor, separato dal sangue per mezzo dei plessi coroidei, ritorna al sangue per le guaine perivascolari e per le guaine neurali dei nervi cranici e delle radici nervose spinali. Giova qui ricordare le esperienze di Cavazzani e di Hill i quali, iniettando sostanze diverse negli spazi subaracnoidei, le hanno ritrovate nel sangue in un tempo variante fra i 20 minuti primi e le due ore.

**

Parrebbe dunque indubbio che ogni aumento di pressione del liquido cerebrospinale nello spazio subaracnoideo debba far risentire i suoi effetti sul nervo radicolare sino all'uscita dal canale di coniugazione.

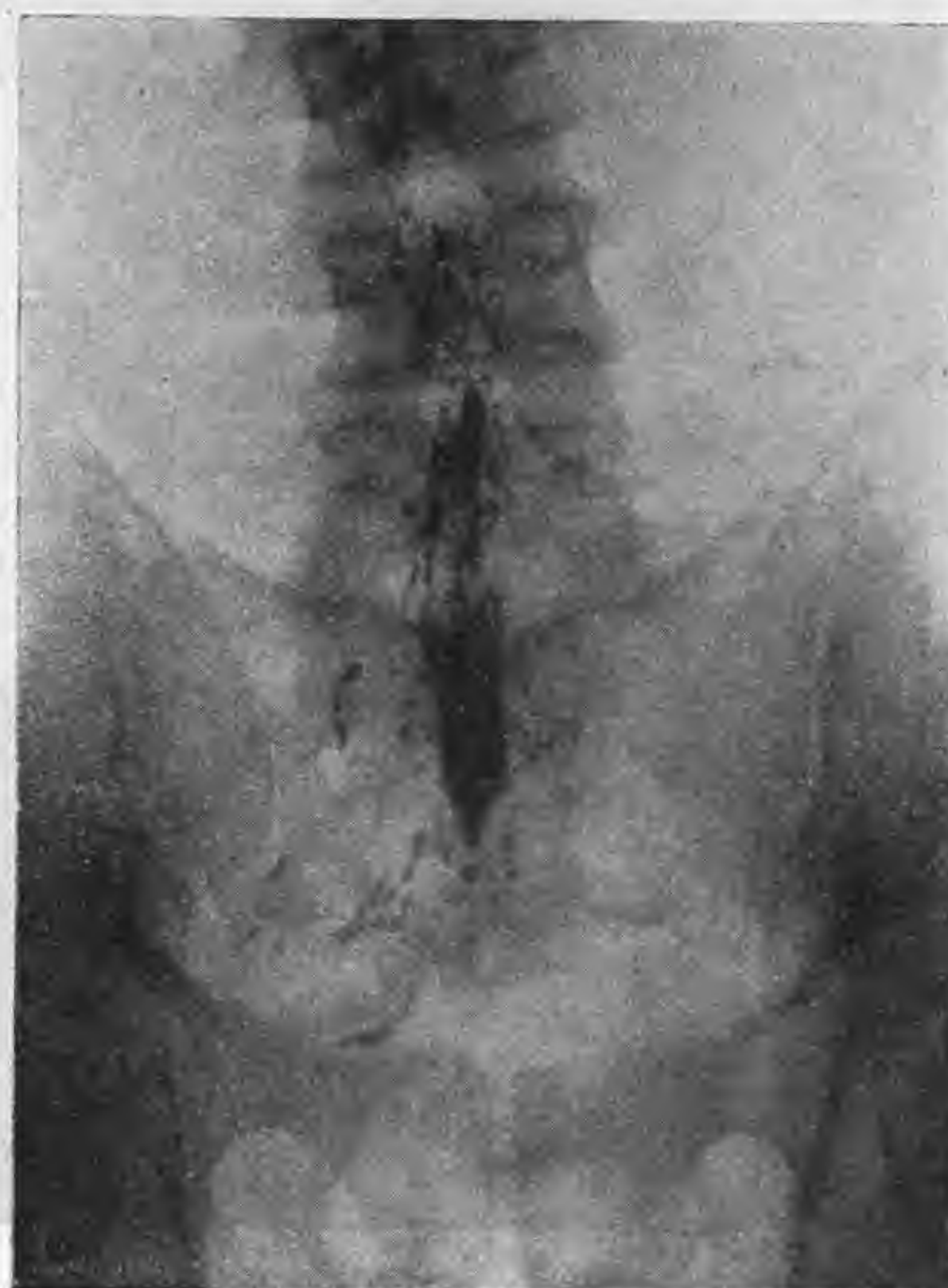



FIG. 1.

FIG. 2.

Da quanto sono venuto dicendo fin qui, credo si possa giungere a questa conclusione: quando il segno delle giugulari è positivo si può affermare che la sede della sofferenza sciatica non oltrepassa i fori di coniugazione.

Una sofferenza plessuale o tronculare dello sciatico non potendo risentire dei cambiamenti di pressione del liquor, attraverso lo spazio subaracnoideo e attraverso le guaine durali,

FIG. 3.

FIG. 4.

non potrà che accompagnarsi a un segno delle giugulari negative.

L'aumento del tempo di latenza fra la compressione delle giugulari e l'insorgenza del dolore potrebbe nei casi da me osservati essere l'espressione di una difficoltà nella progressione del liquor attraverso le guaine durali che accompagnano la radice motoria e la radice sensitiva nel loro tragitto verso i plessi periferici?

La risposta a questa domanda ci porta ancora alla diagnosi topografica della cosidetta « sciatica essenziale ».

Le numerose ricerche di cui la sciatica è stata oggetto in questi ultimi anni hanno portato luce sulla patogenesi della malattia di Cotugno e profondamente modificate le idee dottrinali del secolo scorso.

Si soleva considerare la sciatica come una affezione quasi sempre essenziale della porzione periferica dello sciatico.

Messe da parte le sciatalgie che riconoscono la loro origine in lesioni radicolari endodurali per processi infiammatori e neoplastici; messe da parte le sciatalgie da lesioni dello sciatico nel bacino o da lesioni del tronco nervoso, oggi sappiamo che la cosidetta sciatica idiopatica è molte volte sintomatica di alterazione dei canali di coniugazione, si colga o no questa alterazione all'indagine radiografica. Man mano che apprenderemo a conoscere meglio la patologia del disco intervertebrale il regno della sciatica idiopatica andrà man mano riducendosi.

L'origine vertebrale della cosidetta sciatica idiopatica va di giorno in giorno sviluppandosi ed obbiettivandosi.

Mi è caro ripetere qui, a questo proposito, le parole del nostro illustre Presidente: « La sciatalgia è figlia della lombo-artrite e la grande maggioranza delle algie sciatiche è di origine vertebrale ». Proprio così anche quando l'indagine radiografica non ci illumini sulla causa locale della sciatalgia.

Nel loro tragitto attraverso il canale di coniugazione le guaine durali gettano dei sepimenti connettivi più o meno numerosi, più o meno resistenti sul periostio che tappezza il foro di coniugazione. Si comprende come una infiammazione dei tessuti attigui al canale di coniugazione possa propagarsi attraverso i sepimenti connettivi che uniscono la dura al periostio e comprimere il nervo radicolare pur rimanendo muta l'indagine radiografica.

Ma lasciamo la sciatica e ritorniamo alla compressione delle giugulari.

Non è certo dall'osservazione di pochi casi che noi possiamo formulare un giudizio sull'importanza semeiologica di un determinato segno, importanza che si desume anzitutto dalla frequenza con cui detto segno si riscontra in una determinata affezione.

Purtuttavia credo si possa fin d'ora affermare che la compressione delle giugulari ha il vantaggio sugli altri segni rivelatori di sofferenza radicolare di poter essere provocata ad ogni momento a volontà dell'osservatore, senza accompagnarsi, come avviene ad esempio nei colpi di tosse o nello starnuto, o nella manovra di Valsalva, a contrazioni muscolari che potrebbero mascherare l'origine prettamente radicolare di un'algia.

Inoltre questa manovra ha il vantaggio di poter essere prolungata a nostro piacimento, dando così all'osservatore la possibilità di precisare la topografia del dermatoma in rapporto alla radice lesa.

Si comprende che la prova delle giugulari oltre che nelle compressioni midollari endodurali dovrà essere positiva in tutti i processi infiammatori che ledono una o più radici nel loro tragitto intrameningeo o a livello della loro penetrazione nel midollo o nel loro percorso entro le guaine durali.

La prova delle giugulari potrà essere pure positiva nelle lesioni radicolari secondarie ad una compressione extradurale, ma certo la sua frequenza sarà in questo caso inferiore a quella che si riscontra nelle lesioni primitive delle radici entro gli spazi subaracnoidei.

Solo col moltiplicarsi delle osservazioni e col raffronto di altri segni radicolari, sarà possibile una precisazione del valore semeiologico del segno delle giugulari.

Bologna (*Villa Baruzziana*), Febbraio 1940.

RIASSUNTO.

La compressione delle giugulari in tre casi di tumore midollare, controllati all'intervento chirurgico ridestava un vivo dolore nell'ambito delle radici compresse.

La stessa manovra è stata rivelatrice di dolore in taluni casi di sciatica cosidetta idiopatica.

Il meccanismo del dolore deve ricercarsi nell'aumento di pressione del liquido cerebrospinale negli spazi subaracnoidei spinali; aumento che si ripercuote sulle radici posteriori irritate.

Questo nuovo segno, il cui valore semeiologico sarà valutato da ulteriori osservazioni, dovrebbe essere positivo, oltrechè nelle compressioni midollari con partecipazione radicolari, in tutti i processi infiammatori che ledono uno o più radici nel loro tragitto intrameningeo o a livello della loro penetrazione nel midollo o nel loro processo entro le guaine durali.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO D'IGIENE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA

La Reazione di Ide per la diagnosi di sifilide.

Prof. ENRICO CALISTI, direttore inc.

Da varii anni, ormai, il laboratorista suole affiancare la reazione di Wassermann con una o più delle reazioni così dette complementari, che sono oggi piuttosto numerose, e ciascuna dotata, in maggiore o minor misura, di caratteristiche di sensibilità, di specificità, di praticità, che ne rendono di volta in volta consigliabile l'impiego. Sembrerebbe quindi superfluo studiarne e proporne delle nuove, che non verrebbero se non ad arricchire un bagaglio di indagini già sufficientemente fornito.

Invece, la reazione cromatica proposta da Ide nel 1936 destò egualmente grande interesse nel mondo scientifico, perchè essa apparve subito non come una comune prova di flocculazione in aggiunta alle altre già esistenti, ma come una prova da preferirsi alle altre comunemente usate, e anzi, secondo alcuni, degna di sostituire da sola la reazione di Wassermann, in quanto basata su una tecnica straordinariamente semplice (e quindi alla portata di qualsiasi Medico anche se sfornito di attrezzatura di laboratorio), rapidissima per esecuzione (e perciò capace di prontamente chiarire un dubbio diagnostico), richiedente, infine, l'impiego di una sola goccia di sangue *in toto* (o di siero, o di liquor, o di liquido di vescicolazione), con che si rendeva di estremamente semplice esecuzione anche sotto questo punto di vista. La detta reazione di Ide è stata anzi considerata da alcuni come il mezzo a disposizione anche del Medico di campagna, o dei piccoli centri, per la diagnosi di sifilide da ottenersi nel giro di pochi minuti al letto stesso dell'ammalato. Così che il suo modesto strumentario occorrente avrebbe dovuto trovar posto nella valigetta del Medico pratico, anche se di condotta, accanto al termometro clinico, allo stetoscopio, allo sfigmomanometro.

Le numerose prove di controllo a cui è ormai stata sottoposta la Ide sembrerebbero confermare i concetti su esposti: ai 2530 casi esaminati dallo stesso Ide, si sono aggiunti via via i 1252 di Quismubing, i 319 di Bartolozzi, i 602 di Rosti, i 1000 di Braghin, i 2128 di Biasiotti, e ancora quelli di altri AA. italiani

(Fattovich, Ferrajoli, Mazza, Bertellotti, Appiano, ecc.), per un totale di casi che supera certamente di molto la decina di migliaia. E quasi tutti questi varii ricercatori hanno confermato le speciali caratteristiche che farebbero della Ide la reazione più consigliabile, sia operando col sangue *in toto* (per il quale sarebbe più sensibile e leggermente meno specifica della R. W.), sia operando col siero fresco e col siero inattivato (nel quale ultimo caso sarebbe più sensibile ancora, sebbene leggermente più aspecifica).

Rare sono, a questo proposito, le voci discordi, come, tra gli italiani, quella di Appiano, il quale afferma che, specie nella lue curata, la detta reazione ha valore nettamente inferiore alle altre. I più sono invece unanimi nel rilevare i pregi della Ide, nè mancano anche in Italia Autori (Rosti, Bartolozzi, Ferrajoli, Braghin, ecc.) i quali non esitano ad ammettere che la reazione di Ide può entrare nel pieno dominio del Medico pratico.

Allo scopo di sincerarmi dei vantati suoi pregi, ho voluto eseguire la reazione di Ide in 350 casi parallelamente alla R. W., alla Sachs-Witebsky (Cithocol), e alla Kahn. Ho di solito impiegato lo stesso siero inattivato che contemporaneamente veniva sottoposto alle altre prove. L'esecuzione seguiva con scrupolosa esattezza le norme tecniche proposte. La lettura veniva fatta prima col microscopio a debole ingrandimento, e poi macroscopicamente.

I risultati finali delle mie ricerche sono sempre stati, per la Ide, del tutto corrispondenti a quelli derivanti dalle altre reazioni: in caso di dubbio, se mai, più vicini a quelli della Wassermann. Debbo dunque confermare che la Ide è veramente dotata di squisite doti di sensibilità e di specificità: in qualche caso, anzi, in misura superiore alla stessa Wassermann. Cosicchè essa, anche a mio modo di vedere, può affiancare e perfino sostituire le altre reazioni complementari.

Alle doti di sensibilità e di specificità, si aggiungono quelle di semplicità e rapidità di esecuzione. È certo che la Ide richiede così scarsi mezzi tecnici, e così breve tempo per eseguirla, che nessuna altra reazione per la diagnosi di sifilide è, da questo punto di vista, paragonabile ad essa.

Con tutto ciò però non credo che la Ide possa effettivamente entrare nella comune pratica del Medico generico, al letto dell'ammalato o in ambulatorio; dandogli la sensazione che, per la diagnosi di sifilide, egli si sia ormai affrancato dal laboratorio specializzato. Sono anzi d'avviso che anche la Ide, al pari delle altre reazioni, debba esser lasciata esclusivamente ai laboratori. A parte la considerazione, infatti, che per eseguirla occorre rispettare esattamente le norme fissate dall'ideatore, usare le cautele di precisione comuni a qualsiasi indagine di laboratorio, e possedere sufficiente senso critico per discriminare eventuali reazioni dubbie in rapporto, per esempio, con la possibile precipitazione, nel vetrino di reazione, di materiali estranei, ecc., non va disconosciuta la necessità, in chi la pratica, di quella speciale *forma mentis* che il laboratorista si è venuto man mano formando attraverso anni di lavoro, sempre indirizzato in un unico senso e non mai distratto da altre cure. Forma mentale, appunto, capace di evitare erronee interpretazioni, che in questo speciale campo possono portare a inconvenienti, di cui non è difficile valutare la gravità.

RIASSUNTO.

L'A. ha eseguito, su 350 sieri, la reazione di Ide, parallelamente alla Wassermann, alla Citochol, e alla Kahn. Conferma senz'altro i pregi di sensibilità, specificità, semplicità di esecuzione, di cui è dotata la nuova reazione, pur non credendo che essa possa entrare nella comune pratica del Medico generico.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE MAGGIORE DI VERCELLI
SEZIONE GENERALE MEDICA
Diretta dal Prof. P. MINO

Infezione da leptospira da bagno nel fiume Sesia.

Dott. G. GHISIO e Dott. V. VARVELLO, assistenti

È noto che in numerosi casi di spirochetosi ittero-emorragica il contagio viene fatto risalire a contatto con acqua di fiumi o di stagni, nei quali gli ammalati hanno avuto occasione di bagnarsi oppure sono caduti accidentalmente o a scopo suicida. La successiva comparsa di manifestazioni itteriche, mettendo in discussione la possibilità di una eziologia spirochetica, dà occasione al riconoscimento della particolare causa infettiva.

È però da rilevare che molte volte la infezione con leptospire patogene, anche del tipo classico, non dà luogo ad ittero. La diffusione a tipo epidemico di questa malattia sia in Giappone, sia sui vari fronti dell'ultima guerra europea ha dimostrato che l'ittero è presente nel 40-60 % dei casi. In altre parole, circa la metà dei casi di infezione da leptospira i-h. decorre senza manifestazioni itteriche. E in questi casi la particolare eziologia può facilmente sfuggire. Infatti quando, come è avvenuto in questi ultimi anni specialmente in Francia, una maggiore attenzione è stata rivolta alla indagine eziologica di casi sospetti, si è potuto accertare che l'evenienza del contagio in seguito a bagni nei fiumi è assai più frequente.

Il caso che abbiamo potuto seguire e che per consiglio del nostro Primario, il prof. Mino, possiamo riferire, rappresenta fino ad ora il primo caso in Italia nel quale l'infezione da leptospira i-h. a decorso puramente febbrile contratta in un fiume abbia potuto essere accertata mediante la prova culturale positiva e l'esame delle caratteristiche della leptospira isolata, oltre che con l'esame sierologico del sangue del malato nei rispetti del suo potere agglutinante verso vari tipi di leptospire.

Riferiamo brevemente i dati clinici.

L. Secondo di anni 24, nativo di Alba (Cuneo). Non ha mai partecipato nè ai lavori di monda e di trapianto nè a quelli di taglio del riso. Non è mai stato in acqua prima del 17 giugno u. s. giorno in cui prese un unico bagno nel fiume Sesia, 300 metri a valle del ponte nuovo, restando a lungo in acqua, facendo tuffi e nuotando sott'acqua. In seguito l'ammalato non ha più fatto alcun bagno. Nessun disturbo degno di nota è stato avvertito dal p. nei giorni successivi. Il 24 giugno, (otto giorni dopo il bagno) l'ammalato accusò malessere generale, intensa cefalea, forti dolori al rachide ed agli arti inferiori. Pare che la temperatura febbrile abbia raggiunto i 39°. Accusando questa stessa sintomatologia, l'ammalato è stato ricoverato all'ospedale in sezione medica due giorni dopo, precisamente il 26 giugno (secondo giorno di malattia).

L'ammalato ha il volto arrossato: le congiuntive sono intensamente iniettate: la lingua è asciutta e patinosa: i movimenti di flessione del capo un po' limitati e leggermente dolorosi. Non Kernig non Brudzinski: i movimenti degli arti sono liberi: la pressione sui muscoli riesce alquanto dolorosa: riflessi rotulei achillei plantari presenti: riflessi cutanei presenti e normali.

A un primo periodo di temperatura elevata (39°-39°,5) di tre giorni, ha fatto seguito una remissione durata due giorni, seguita da una riaccensione in ottava giornata. La temperatura è caduta per rapida lisi, tornando alla norma in decima giornata. La cefalea si è fatta più intensa nei giorni successivi con limitazione dei movimenti di flessione del capo, che sono sempre dolorosi. I dolori muscolari agli arti e al rachide sono stati assai intensi e si sono protratti per oltre una settimana, diminuendo poi gradatamente. L'arrossamento dei bulbi oculari si è fatto più intenso con fine iniezione dei capillari delle congiuntive e delle sclere, senza lacrimazione e senza alcuna secrezione delle congiuntive; l'arrossamento ha perdurato a lungo ed è andato diminuendo lentamente: ma era ancora rilevabile in venticinquesima giornata di malattia. La milza si è fatta distintamente palpabile e tale è rimasta ancora in venticinquesima giornata.

Le urine (peso specifico = 1012) macroscopicamente ematuriche contenevano discreta quantità di albumina, di emoglobina e tracce di urobilina. Nel sedimento notevole quantità di globuli rossi e di cilindri ialini e granulosi.

N-I = mmgr. 54 % in IV giornata.

Albuminuria ematuria e cilindruria, sono diminuite dopo lo sfebbramento, ma erano ancora rilevabili in venticinquesima giornata di malattia. La ricerca della leptospira nell'urina è stata sempre negativa. La quantità delle urine ha presentato un notevole aumento (2.000-2.100 cc.) in corrispondenda dell'inizio della defervescenza riducendosi in seguito a valori normali. L'esame del sangue ha dimostrato, come sempre, leucocitosi iniziale con neutrofilia.

Le culture eseguite dal sangue del p. in seconda giornata, hanno permesso di isolare una leptospira. L'esame sierologico con sieri immuni con i vari tipi di leptospira, ha dimostrato che essa appartiene al tipo classico di leptospira dell'ittero emorragico.

Le prove di agglutinazione del siero di sangue del malato verso i vari stipiti di leptospira, hanno dato risultato negativo nei primi giorni di malattia: leggermente positive solo per gli stipiti classici in ottava giornata di malattia e fortemente positive (1: 10.000) in ventesima giornata, sempre solamente per stipiti di leptospira i-h.

Naturalmente anche la leptospira isolata dal sangue dell'ammalato viene agglutinata a diluizione elevata dal siero di sangue del p.

La cavia inoculata con cultura ha presentato notevole malessere, perdita di peso, ittero eviden-

te, durato alcuni giorni, ma si è in seguito rimessa ed è sopravvissuta.

Questi dati dimostrano che effettivamente la malattia infettiva di cui ha sofferto il nostro p. è dovuta a una leptospira i-h classica (*).

Si tratta pertanto di un individuo il quale in pieno benessere, fa un unico bagno nel fiume Sesia. A distanza di 8 giorni, viene colpito da febbre improvvisa, con dolori muscolari intensi. La febbre persiste elevata, con qualche remissione, per 10 giorni poi cessa rapidamente.

Un quadro di questo genere può facilmente essere messo a carico di un comune processo infettivo di tipo reumatico o influenzale, tanto più data la coesistenza di una tipica causa perfrigerante quale quella di un bagno nelle fredde acque del fiume Sesia.

L'appariscente sintomatologia renale poteva d'altra parte permettere di inquadrare questa forma morbosa tra le cosidette ematurie da raffreddamento.

L'aver potuto dimostrare che questo stato infettivo dipendeva da una infezione con leptospira, ha un'importanza non solo dottrinale ma anche ed essenzialmente pratica.

Conviene infatti richiamare, come più volte è stato fatto anche recentemente dal prof. Mino l'attenzione sulla necessità di tener presente, in forme morbose ad apparenza reumatico-influenzale, che compaiono individui che hanno contatto con acque di risaia o di fiumi delle nostre regioni, la possibilità di infezione da leptospira per contagio dall'acqua anche se gli ammalati non attendono regolarmente a lavori in risaia.

Il caso da noi seguito è interessante anche per alcune altre considerazioni; anzitutto perchè si può in modo preciso stabilire l'intervallo che intercorre tra il contagio e l'accensione febbrile; periodo che è stato di 8 giorni e che corrisponde a quanto sperimentalmente è stato ottenuto nelle ricerche riferite dal dott. Varvello con altro tipo di leptospira.

Inoltre poichè la località ove questo individuo ha avuto occasione di contagiarsi è frequentata da numerose persone, è possibile che altre abbiano avuto occasione di eguale contagio, che può essere passato inosservato per la benignità e la rapidità dell'evoluzione dell'episodio febbrile.

Nei lavori del prof. Mino, ai quali rimandiamo, vengono messi in evidenza i caratteri tipici che permettono di prospettare, anche in base solo a dati anamnestici e clinici, la possibilità di un'infezione da leptospira.

Converrà pertanto, nelle nostre regioni, tener presente in modo particolare questa possibilità, non solo tra i lavoratori delle risaie ma tra tutte le persone che hanno contatto con acqua dei fiumi.

E poichè è giustificato ritenere, data la diffusione dei ratti e la loro frequente infestazione, che anche in altri fiumi possano esistere leptospire patogene, questa osservazione acquista un interesse pratico diretto per i medici di ogni regione.

I quali, come già più volte è stato rilevato prospettano l'eventualità di una infezione da leptospire solamente in presenza di un quadro di ittero infettivo grave.

(*) L'a. è stato dimesso guarito in 40ª giornata senza traccie di lesioni renali od epatiche.

RIASSUNTO.

Gli AA. riferiscono un caso di infezione da leptospira i-h. accertata batteriologicamente e sierologicamente in un individuo che ha fatto un unico bagno nel fiume Sesia, nel quale la sintomatologia febbrile è iniziata 8 giorni dopo il bagno con il decorso tipico della leptospirosi puramente febbrile.

Richiamano l'attenzione sulla possibile esistenza di casi analoghi, data la frequenza delle persone che si bagnano nei fiumi.

BIOGRAFIE

GIUSEPPE SANARELLI

Giuseppe Sanarelli, nato a Monte S. Savino il 24 aprile 1864, ci ha lasciato il 6 aprile 1940. La sua scomparsa è lutto per la scienza medica!

L'attività scientifica di Giuseppe Sanarelli può dividersi in tre periodi: il primo, giovanile, va dalla sua laurea (1889) alla nomina a professore d'igiene nella R. Università di Bologna (1899); il secondo si estende agli anni del suo insegnamento bolognese, ed in esso l'attività scientifica è contesa dall'attività della vita politica; il terzo, della maturità, si è svolto dalla cattedra d'igiene di Roma (1915-1935) ed ha infaticabilmente proseguito fino all'infausto giorno della scomparsa.

Tutti e tre questi periodi hanno lasciato un'orma profonda, giacchè Giuseppe Sanarelli era di quegli spiriti eletti che disdegnano la ricerca banale e sistematica per puntare sempre verso originali e geniali concezioni.

Autodidatta piuttosto che allievo di alcuno, emerse giovanissimo con una serie di pubblicazioni che Egli compì nei laboratori della Sanità Pubblica, nell'Istituto di v. Pettenkofer a Monaco, nell'Istituto di Golgi a Pavia e nell'Istituto Pasteur di Parigi ove ebbe l'onore di essere discepolo prediletto di Luigi Pasteur.

È di questo periodo quell'aurea pubblicazione di poche pagine sull'immunità naturale verso il carbonchio, nella quale sono contenute due autentiche scoperte: la concezione delle opsonine, e l'introduzione nella tecnica biologica dei sacchetti di collodio che doveva avere in seguito un così importante sviluppo.

Sono parimenti di questo periodo gli originali studi sui vibrioni idrici ed intestinali, e la concezione, rivoluzionaria per quei tempi, sulla patogenesi della febbre tifoide, che Egli, primo fra tutti, affermò essere una malattia generale con localizzazioni enteriche secondarie, anzichè una enterite.

La notorietà acquistata come batteriologo e come patologo valse a Sanarelli l'invito, da parte del Governo Uruguayano, di fondare un moderno Istituto d'Igiene a Montevideo. E fu nell'Istituto da Lui fondato con larghezza di mezzi e d'idee, che Egli intraprese le ricerche sulla febbre gialla, ed isolò quel *Bacterium icteroides* che, se fu a torto creduto l'agente specifico della malattia (cosa giustibicabile con le nozioni del tempo), svelò nondimeno una fase della patogenesi della febbre gialla e rimane pur sempre il primo germe scoperto nel gruppo dei paratifi.

Notevole scoperta di quel tempo fu poi quella del *virus mixomatoso* dei conigli, di poi denominato in suo onore *Sanarellia cuniculi* e che rappresenta uno dei pilastri basali nella storia dei virus filtrabili.

Invitato alla cattedra d'igiene di Bologna, Sanarelli lasciava Montevideo nel 1889, conducendo seco una nobile figlia dell'Uruguay, Maria Carmen Pons, sposa devota ed ammirevole che con Lui ha diviso i sacrifici imposti da una vita di indefesso lavoro.

La vita politica assorbì Giuseppe Sanarelli al suo ritorno in Italia; fu per 5 legislazioni Deputato e per quasi quattro anni Sottosegretario all'Agricoltura, Industria e Commercio.

In questo periodo, se la ricerca languì nel laboratorio di Bologna, a causa della permanenza a Roma, il prepotente bisogno di produzione scientifica si manifestava egualmente con l'ardita concezione sulla evoluzione biologica della tubercolosi, che Egli svolgeva su basi statistiche e nella quale alla teoria della eredo-predisposizione contrapponeva quella diametralmente opposta della eredo-immunità.

Dello stesso periodo è il « Manuale d'Igiene Coloniale », pregevole opera contenente capitoli di grande originalità.

Chiamato a coprire la cattedra d'Igiene di Roma nel 1931, Sanarelli ritrovava tutta la sua vena di ardente ricercatore, e nel vecchio e glorioso laboratorio di via Palermo, in condizioni rese difficilissime dallo scoppio della guerra mondiale, affrontava quei memorabili studi sulla patogenesi del colera, che proseguiva poi per molti anni e che dovevano aprirgli la strada a due grandi concezioni generali: l'origine ematogena delle enteropatie in genere, ed il fenomeno della allergia emorragica,

che sotto certi riguardi si integrano l'una nell'altra.

Sulla base degli studi sperimentali effettuati con il b. tifico, il vibrione clerico ed il b. carbonchioso, ed estesi anche ad altri germi, Sanarelli dimostrava che le enteropatie in genere, primitive o secondarie, non traggono la loro origine dalla moltiplicazione dei microbi nel lume intestinale, ma da un apporto di germi per via ematogena e dalla loro localizzazione, da tergo, nella parete intestinale, per un fenomeno di enterotropismo.

L'allergia emorragica può dirsi scoperta nel 1916 quando Sanarelli osservò che i vibrioni colerici localizzati nella parete intestinale, potevano scatenare l'attacco algido (epitallassi) sotto l'azione di tossine microbiche varie, ad es. di quella colibacillare. Ed Egli intuì — ironia della sorte — che anche l'attacco appendicolare acuto, così come ne è stato colpito a morte Egli stesso, può interpretarsi come un attacco di allergia emorragica.

Altri notevoli lavori compiuti da Sanarelli nel suo Istituto di Roma sono quelli inerenti all'ultravirus tubercolare, alle spirochetosi ed alle vaccinazioni per via nasale che Egli propose per primo.

Nè può passarsi sotto silenzio l'opera divulgativa compiuta da Giuseppe Sanarelli nei più diversi rami della Patologia e dell'Igiene. Oltre ai suoi libri sulla eredo-immunità tubercolare, sul colera, sulla patogenesi delle enteropatie, una massa di scritti critici trattano di moltissimi problemi sociali: alcoolismo, bonifiche, questione malarica, medicina sportiva, alimentazione, questioni autarchiche, ecc.

L'operosità scientifica di Giuseppe Sanarelli è stata largamente apprezzata in Italia e all'Estero. Gli vennero conferite due lauree *ad honorem* (Parigi e Tolosa) e fu nominato Membro corrispondente dell'Istituto di Francia. Numerose sono le Accademie e le Società che lo vollero loro socio. Nel 1920 venne elevato al laticlavio.

Nella Università di Roma fu Maestro di impareggiabile efficacia, ed esponente autorevolissimo della sua Facoltà; fu l'ultimo Rettore elettivo, nell'anno 1922-23.

L'altezza dell'intelletto in Sanarelli era spontaneamente sposata ad una innata modestia ed a grande generosità di animo.

Anche dopo la sua giubilazione la ricerca scientifica lo attraeva irresistibilmente. All'età di 76 anni era giovane di corpo e di spirito. Ma in tre giorni abbiamo avuto il dolore di veder demolita la forte fibra di questo incomparabile Maestro da una malattia della quale Egli aveva svelato la patogenesi.

V. PUNTONI.

SUNTI E RASSEGNE

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Il contenuto emoglobinico del sangue di adulto normale.

(M. DOR e L. DUMONT (*Le Sang*, 1940, n. 1).

La ricerca del tasso di emoglobina del sangue è una delle più frequenti ricerche impiegate nella diagnosi differenziale delle emopatie. Si resta un po' meravigliati per le divergenze di risultati ottenuti non solo con apparecchi di tipo diverso ma anche da emoglobinometri dello stesso tipo.

Mentre Haidane nel 1900 ammetteva che il 100 % di emoglobina corrispondeva ad un potere di fissazione di 18,5 volumi per cento di ossigeno e l'accordo allora era generale, oggi nuove ricerche parlano di cifre campione che variano del 15 %. Da queste divergenze si può facilmente comprendere come un'anemia ipercromica per alcuni possa diventare ipocromica per altri.

Haldane e Schmidt nel 1900 col metodo gazometrico al ferro cianuro avevano determinato la capacità di ossigeno del sangue in 24 uomini e 12 donne. Da allora si era stabilita questa capacità nelle cifre seguenti: 18,5 volumi di ossigeno per l'uomo e 16,5 per la donna su 100 cc. di sangue.

Haldane allora modificò il vecchio emoglobinometro di Gowers che adoperava come campione una soluzione di picrocarminio e adoperò come campione una soluzione all'uno per cento di sangue laccato precedentemente saturata di ossido di carbonio (perchè conservasse la sua stabilità) e che corrispondeva ad una capacità di ossigeno di 18,5 cc.

Successivamente vari autori trovarono, con metodi diversi, risultati diversi da quelli di Haldane. Precisamente: coll'apparecchio di Van Slyke Haden trovò nel 1923 la cifra di 20,8 cc. per l'uomo e 15,5 per la donna e Soktey nel 1930 trovò rispettivamente 20,5 e 15,3, mentre coll'emoglobinometro di Newcomer Wintrobe e Miller trovarono 21,3 e 15,9, Orias 19,1 e 14,2, coll'emoglobinometro di Haldane Price. Jones trovò 19,5 e 14,5. con uno standard organico, Orgrot e Heskins trovarono 21,1 e 15,88 e con lo spettrofotometro di Van Slyke Heilmeyer trovò nel 1934 21,2 e 16,9.

Inoltre, l'emoglobinometro di Sahli ammette che il 100 % corrisponda a 17,2 per cento; la scala di Talquist 15,8.

Gli AA. hanno studiato il problema ricercando l'emoglobina nel sangue di 25 uomini e 25 donne, sani, esercenti la professione di medico, infermiere, studente e di 30 soldati.

Fecero il prelevamento di 20 cc. di sangue in una siringa contenente 20 mgr. di ossalato

di calcio per impedire la coagulazione e lo conservarono in ghiacciaia fino al momento della determinazione. Fecero su ogni campione il dosaggio dell'emoglobina coll'emoglobinometro di Seitz (col vetro colorato) e collo spettrofotometro di Hilger e il dosaggio della capacità di ossigeno col metodo manometrico di Van Slyke.

I risultati ottenuti sono stati questi: la media aritmetica era per gli uomini 19 volumi per cento di ossigeno e per le donne 17,2. Essendo piccolo il divario dai risultati ottenuti da Haldane, gli AA. propongono di mantenere i valori campioni dati da Haldane di 18,5 per l'uomo e 16,5 per la donna ritenendo però che esistono valori normali del 10 % al di qua e del 10-15 % al di là dei valori di Haldane.

L.

Etiologia e trattamento delle agranulocitosi.

(P. DUSTIN. *Bruxelles-Médical*, 18 febbraio 1940).

Schultz nel 1922 richiamò per primo l'attenzione sulla formula sanguigna dei malati di angina necrotica con decorso rapidamente fatale. Rilevò l'esistenza di una leucocitosi molto bassa (spesso meno di 500 cellule per mmc.) e sopra tutto una notevole diminuzione dei polinucleari neutrofili. Attribuì questa « agranulocitosi » a processi infettivi e chiamò la sindrome « angina agranulocitaria ».

Ma le ricerche successive su numerosi casi dimostrarono non trattarsi di un infezione ma di un'intossicazione. La leucopenia può verificarsi ed essere letale anche in mancanza dell'angina ed in presenza di altri processi necrotici specialmente localizzati alle vie respiratorie superiori. Si mise in evidenza che la sostanza tossica era costituita da medicamenti largamente adoperati, e principalmente dal piramidone. La lista dei fattori capaci di provocare una crisi leucopenica s'allunga ogni giorno, e sempre più si ribadisce il concetto che l'infezione è un fenomeno puramente secondario sia dal punto di vista etiologico che da quello terapeutico.

Attualmente, oltre ai raggi X o γ, sono incriminati il piramidone, la fenacetina, l'acetanilide, l'allonal, la cibalgina, la melubrina, la novalgina, l'antipirina, il nirvanol, il phanodorm, la cincofene, la chinina, la sulfanilamide, la sulfopiridina, il neostibosan, il bismuto, i sali di oro, i composti arsenicali organici tri- e pentavalenti, il dinitrofenolo, il benzene.

L'esame del midollo estratto mediante la puntura sternale fa comprendere i meccanismi delle crisi leucopeniche. Rohr ha dimostrato che si hanno due tipi distinti di agranulocitosi. Alcune forme sono prodotte dall'azione tossica di una sostanza estranea sul midollo e possono essere provocate sugli animali: l'agranulocitosi da benzene, ad es. presenta un'ipoplasia midollare marcata. In altre, come quelle provocate dal piramidone, il midollo è ricco di cellule bianche immature: i mielociti non raggiungono lo stadio di polinucleari, non hanno una motilità sufficiente, non penetrano nei capillari e rimangono accumulati nel midollo. Rohr considera questo reperto come tipico del gruppo delle agranulocitosi anafilattiche o meglio allergiche.

Lo studio dei centri ematopoietici ha inoltre consentito di precisare che alcune leucemie, criptoleucemie mieloidi, possono decorrer con l'aspetto dell'angina agranulocitaria.

Le differenze di suscettibilità individuali sono enormi: si calcola che sola una persona su parecchie migliaia possa acquistare una sensibilità al piramidone capace di determinare l'agranulocitosi.

Il benzene e il benzolo agiscono elettivamente sugli organi ematopoietici. L'intossicazione benzenica determina una sindrome caratterizzata da anemia, trombopenia e leucopenia. In seguito alle esperienze fatte nel 1911 da Selling sull'azione lesiva del benzene sulle granulopoiesi, questa sostanza fu adoperata nella cura delle leucemie, ma gli effetti furono nulli ed anche pericolosi. Il benzene è un veleno potente del midollo osseo, agendo sulla leucopoiesi che arresta progressivamente. L'agranulocitosi pura di origine benzenica è molto rara; in genere prevalgono la porpora e l'anemia.

Il numero di casi letali di angina leucocitaria sono aumentati di pari passo con il numero delle specialità farmaceutiche contenenti piramidone (dimetilaminoantipirina). L'agranulocitosi, dovuta verisimilmente al gruppo pirazolico, compare dopo che il piramidone si è ingerito per un lungo periodo di tempo (parecchie settimane), ossia quando è avvenuta la sensibilizzazione. È da ricordare che il piramidone può provocare altre manifestazioni allergiche: urticaria, edema di Quincke, asma. Come il piramidone ma con minore intensità agiscono gli analgesici con formula analoga e le specialità farmaceutiche che lo contengono. In seguito alla scoperta dei pericoli inerenti al piramidone e ai suoi analoghi il Governo Danese ne ha proibito totalmente l'uso.

I casi di agranulocitosi da sulfanilamide e sulfopirina sono ben rari, sopra tutto in rapporto al largo uso che si fa attualmente di questi medicamenti. Anche per essi sembra trattarsi di una reazione allergica.

Il meccanismo di azione dei sali di oro è ancora controverso. Comunque i casi di agranulocitosi da auroterapia finora pubblicati sono pochissimi.

I composti arsenicali organici tri- e pentavalente possono causare varie alterazioni sanguigne: anemia, trombopenia, leucopenia con

agranulocitosi. Rohr ritiene che agiscono come i raggi X ed il benzene dando un'agranulocitosi tossica. Analogamente agirebbe il dinitrofenolo.

Il trattamento delle agranulocitosi poggia ancora su basi incerte.

Naturalmente dovrà subito eliminarsi la somministrazione della presunta sostanza incriminata.

Gli estratti epatici non hanno dato risultati soddisfacenti. Sono tuttavia da prescriversi nelle grandi sindromi anemiche tossiche associate ad una leucopenia, come nell'avvelenamento da benzene.

Friedman e Elkeles hanno vantato l'irradiazione del midollo osseo con dosi di raggi X eccitanti della moltiplicazione cellulare. Il metodo è stato largamente applicato, ma esistono divergenze, sul dosaggio più efficace.

La trasfusione dà risultati apprezzabili solo nelle forme con anemia tossica.

Praticamente i risultati migliori si sono ottenuti con i pentosenucleotidi.

I pentosenucleotidi, raccomandati da Jackson fin dal 1931, sono una mescolanza equimolecolare di sali sodici di nucleotidi ottenuti mediante idrolisi dell'acido nucleinico del lievito, combinati con d- ribosio (pentosio) e con acido fosforico.

Si iniettano quattro volte al giorno per via intramuscolare 10 cmc. di soluzione commerciale di tali prodotti fino a che la leucocitosi aumenta, e si continuerà ad iniettare 10-20 cmc. al giorno fino a stabilizzazione del numero dei globuli bianchi.

Sono ancora allo studio altri tentativi terapeutici. Strumia avrebbe ottenuto buoni effetti dell'uso della « crema leucocitaria » preparata con la centrifuzione di 100-150 cmc. di sangue umano normale. Giffin e Watkins preparano l'estratto insaponificabile di midollo osseo giallo di animali. Si rivelò inefficace nelle anemie, ma produsse un miglioramento notevole e talvolta anche la guarigione nelle agranulocitosi. DR.

Manifestazioni atipiche della leucemia.

(M. W. WINTROBE e D. M. MITEBELL. *The Quart. Journ. of Medic.*, gennaio 1940).

Gli AA. hanno raccolto quindici casi di leucemia in cui c'erano state manifestazioni atipiche, dividendoli in quattro gruppi: 1) con sintomi che ricordano un processo infiammatorio acuto; 2) con sintomi di malattia addominale o cardiaca; 3) con sintomi di lesioni ossee ed articolari; 4) con sintomi di lesioni cutanee.

Nel primo gruppo sono registrati un caso iniziato con tiroidite acuta, comparsa improvvisamente, e che ebbe poi il decorso di una leucemia mieloide acuta, un caso in cui fu fatta da principio diagnosi di osteomielite della mandibola (e si trattava invece di un'infiltrazione leucemica seguita da necrosi), un altro in cui c'era una tumefazione della guancia che simulava un processo infiammatorio acuto e invece era un'infiltrazione leucemica. Il 4° caso era molto complesso, perchè presentava una modica reazione leucemoide in un soggetto con febbri irregolari, agglutinazione positiva per il b. abortus e ghiandole caseose retroperitoneali, pelviche e peripancreatiche oltre a processi caseosi tubercolari del fegato e della milza.

Il sesto caso era iniziato con un processo congiuntivitico acuto (che simulava la congiuntivite blenorragica). In una biopsia del tessuto congiuntivale furono trovati molti mononucleati (e si trattava di una leucemia monocitica). L'autopsia diede anche infiltrazione mononucleare del midollo osseo, dei nodi linfatici, della milza.

Nel settimo caso si ebbe un tumore linfoide della cornea sinistra (si trattava di una leucemia linfoide cronica).

Il secondo gruppo comprende un caso di cloroma mieloide diffuso a quasi tutti i tessuti e con dolori che all'inizio indirizzavano verso una malattia della cistifellea, un caso di leucemia mieloide anche con attacchi di tachicardia e dolore retrosternale (per cui si era pensato ad una malattia del cuore) e un caso di leucemia acuta linfoide in cui si era intervenuti per tumore addominale, che non fu tolto ma poi irradiato, e che invece di un sarcoma risultò all'autopsia un'infiltrazione leucemica.

Tre casi sono stati messi nel gruppo delle alterazioni osteoarticolari e due nel gruppo delle manifestazioni cutanee.

Gli AA. hanno poi riassunto i casi della letteratura che hanno simulato lesioni di organi diversi da quelli da loro registrati e precisamente con manifestazioni a carico del sistema nervoso (sindromi meningee, polineuritiche, spinali), del torace (tumefazioni mediastiniche, timiche, tubercolosi polmonare), degli organi genitourinari (ematuria, priapismo, ipertrofia prostatica, nefrite acuta). L.

La dieta nelle emopatie.

(N. v. JAGIÉ. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 5 gennaio 1940).

L'A. ricorda anzitutto gli stretti rapporti che intercorrono fra ematopoiesi e apparato digerente, soprattutto per l'elaborazione da parte di questo di tre sostanze antianemiche (gastrica, duodenale e, in più scarsa misura, salivare), senza contare poi che alterazioni intestinali possono far diminuire o completamente impedire l'assorbimento di determinate sostanze utili alla ematopoiesi. Rileva quindi che la dieta nelle diverse anemie deve contenere in grado sufficiente queste sostanze utili: deve essere inoltre in relazione con le condizioni generali del malato, perchè vi sono per es. nell'anemia perniciosa dei casi con gravissima anemia ma con riserve adipose ben

sviluppate ed anche con una certa tendenza agli edemi. In questi malati grassi bisogna diminuire i liquidi e le sostanze grasse; invece nei malati magri si deve somministrare una quantità sufficiente di calorie, cercando di vincere la loro abituale anoressia col ripartire il cibo in piccoli pasti e col lasciare ai malati la scelta dei cibi oltre che con la prescrizione dei soliti stimolanti dell'appetito.

Di grande importanza è l'esame funzionale del tubo digerente, per poter somministrare, in caso d'insufficienza digestiva, che si manifesta con diarrea, un po' di pepsina ed acido cloridrico o anche fermenti pancreatici. Se invece vi è stipsi, (per lo più si tratta della forma atonica), è consigliabile un cibo grossolano e ricco di scorie, il massaggio dell'addome e l'uso di peristaltici o di acque purgative, le quali ultime però devono essere evitate se c'è tendenza agli edemi.

Negli ultimi tempi si è delineata la tendenza ad attribuire a diminuito apporto di vitamine l'insediarsi di alcuni disturbi nel corso di emopatie. Tra le vitamine avrebbero particolare importanza la B_1 e la B_2, utili non solo nei disturbi gastroenterici degli anemici, ma anche nelle alterazioni nervose a tipo di mielosi funicolare.

Di importanza ancora maggiore è una ben appropriata nutrizione nelle varie forme di avitaminosi C, che si manifestano in modo più o meno marcato in molte malattie infettive, nelle quali c'è un maggiore bisogno di vitamina C.

Recentemente poi Szent-Györgyi ha consigliato la somministrazione di vitamina P nelle diatesi emorragiche, poichè ha constatato la scarsa influenza che su esse ha la somministrazione di acido ascorbico puro.

Infatti, secondo nuove ricerche, si è potuto stabilire che, per spiegare tutta la sua azione, la vitamina C ha bisogno di un CO-fermento. Ciò dà ragione del fatto che nelle diatesi emorragiche è più efficace il succo di limone che non l'acido ascorbico puro.

La dieta è risultata di grande efficacia nella anemia perniciosa, in cui i vantaggi conseguiti con la somministrazione di fegato sia crudo che cotto ed anche di stomaco sono a tutti noti.

Per quanto riguarda l'influenza della dieta nelle anemie ipocromiche, specialmente nella clorosi, è nota l'efficacia in esse della somministrazione di ferro. Ma una carenza di questo si riscontra anche in molte altre occasioni e si può manifestare in forma di disturbi trofici della pelle, dei capelli, delle unghie, ecc. In generale il bisogno in ferro viene coperto dai cibi: specialmente ne contengono l'acqua, il fegato, i legumi, la carne e le uova.

Anche nelle eritremie si è dimostrato utile il trattamento dietetico, basato sull'ipotesi che in esse si ha una sopraproduzione dei fattori endogeni e che quindi esse rappresentino una plus variante dell'anemia perniciosa.

Un conforto a questa ipotesi è dato dai buoni risultati conseguiti con l'asportazione di notevole parte dello stomaco. Perciò è consigliabile nelle eritremie di evitare il più possibile la introduzione coi cibi del fattore estrinseco specialmente contenuto nella carne e nei fermenti: quindi si raccomanda una dieta priva di albumine animali.

F. TOSTI.

EDEMI.

La diagnosi differenziale degli edemi.

(H. PEIN. *Deut. Medizinische Wochenschrift*, 1939, n. 12).

L'edema consiste nella raccolta delle maglie del tessuto connettivo di una quantità più o meno notevole di acqua e sale costituenti il così detto siero fisiologico.

La produzione dell'edema è essenzialmente condizionata da un'alterazione della pressione idrostatica nei capillari e della tensione osmotica delle sostanze albuminoidee del sangue, per modo che si ha uno spostamento dell'equilibrio dello scambio idrico attraverso la parete dei capillari con prevalenza della corrente di uscita.

Questo disturbo può essere prodotto da un aumento della pressione sanguigna nei capillari, da un abbassamento della tensione osmotica colloidale o da una maggiore permeabilità della parete dei capillari.

La produzione dell'edema è ostacolata dalla normale tensione dei tessuti e dal meccanismo che provvede al mantenimento di un sufficiente apporto di sangue circolante.

Gli edemi cardiaci sono prodotti dall'aumento della pressione sanguigna nei capillari in seguito alla stasi venosa. Sono perciò prevalentemente ipostatici perchè nelle parti declive del corpo la stasi è naturalmente più accentuata. Ma gli edemi ipostatici si possono avere anche con un'efficienza circolatoria intensa a seguito di un aumento del contenuto albuminoideo nel sangue, perchè in tal caso la sproporzione tra pressione idrostatica e quella osmotico-colloidale nei capillari è molto grande.

L'edema locale limitato deve far pensare ad un impedimento della circolazione sanguigna o linfatica del corrispondente territorio venoso e linfatico. Edemi del genere possono prodursi in seguito a compressioni di vene da parte di tumori o in conseguenza di una trombosi. Gli edemi da stasi linfatica si producono in seguito ad un arresto della corrente linfatica nelle tubercolosi, carcinosi e sarcomatosi delle glandule linfatiche, nelle linfogranulomatosi, ed anche nell'ablazione chirurgica delle glandule stesse, ad es. edema del braccio nelle operazioni radicali per tumori mammari.

Gli edemi angioneurotici sono generalmente circoscritti e possono avere differentissime localizzazioni. Verisimilmente sono determinati

da un aumento della permeabilità alle sostanze albuminoidee della parete dei capillari locali. Al riguardo è molto noto l'edema di Quincke che colpisce prevalentemente gli uomini. Allo stesso gruppo appartiene l'edema traumatico, che può prodursi negli individui neuropatici anche a seguito di un trauma insignificante, come ad es. una stretta di mano.

Edemi localizzati possono aversi anche nel corso delle malattie organiche del sistema nervoso nei territori colpiti. Si tratta probabilmente della compartecipazione delle fibre nervose vasomotorie con la conseguente abnorme permeabilità della parete dei capillari. Oltre a ciò nella paralisi da apoplessia cerebrale o da altra causa può verificarsi un aumento della pressione sanguigna nei capillari a seguito del peggioramento della circolazione di ritorno nelle estremità colpite (mancanza della pompa muscolare).

I così detti edemi collaterali che sogliono riscontrarsi nei processi infiammatori sono anch'essi localizzati e circoscritti. Possono comparire in parti sane più o meno lontano da un punto infiammato e dipendono da alterazioni capillari e da aumento della permeabilità della loro parete. Si possono avere edemi sottocutanei anche a seguito di focolai infiammatori profondi, come negli empiemi e negli ascessi pararenali.

Gli edemi nefritici dipendono da aumento della pressione capillare in conseguenza dell'ipertensione arteriosa nonchè dalla diminuzione della pressione osmotico-colloidale. Compaiono nei punti dove la resistenza opposta dalla tensione dei tessuti è più bassa (palpebre).

Anche da una riduzione della permeabilità della parete dei capillari dipendono gli edemi prodotti da mancanza di albumine negli alimenti o da perdita di albumina, oppure da entrambe le cause. Nell'edema da fame si tratta di un difettoso apporto di albumina alimentare, mentre negli edemi nefrotici si tratta di perdita di albumina con le urine: in entrambi i casi si ha un abnorme ritenzione di liquidi nell'organismo.

Gli edemi post-operatori e quelli dipendenti da prolungate malattie infettive sono da una parte provocati dalla mancanza di apporto alimentare in conseguenza dell'inappetenza e dall'altra dalla perdita di albumina con le emorragie, le secrezioni delle ferite ed eventualmente con l'urina quando esiste la degenerazione amiloide dei reni.

Gli edemi che compaiono nel corso del diabete e delle malattie cachettizzanti sono verisimilmente dovuti a gravi disturbi del ricambio materiale per i quali le albumine non vengono più normalmente utilizzate. Si ha quindi una condizione analoga a quella dovuta a mancanza o a perdita di albumine.

Il mixedema e l'inspessimento della pelle da avitaminosi B_2 hanno caratteri propri inconfondibili con i veri edemi. DR.

Acidificazione dei tessuti ed edema.

(C. DIENST. *Klin. Wochenschr.*, 2 dicembre 1939).

La causa dell'edema (ad eccezione forse del solo edema nefrotico) sarebbe da ricercarsi secondo l'A. in una acidificazione dei tessuti: non esisterebbero quindi a rigor di termine diverse forme di edemi. Esistono costantemente nell'organismo le condizioni necessarie per la formazione di acidi, questa formazione accompagna la maggior parte dei processi del ricambio. In seguito alla attività di diversi organi i prodotti acidi sono però resi innocui non appena essi sorpassano un determinato limite. Se uno degli organi deputati a tale scopo diventa insufficiente l'organismo deve ricorrere ad ulteriori mezzi di compenso onde evitare pericolosi disturbi dell'equilibrio acido-basico. Uno di questi è la neutralizzazione degli acidi con alcali e la loro eliminazione in forma di sali nella urina. Così se si acidifica l'organismo con acidi minerali compare nell'urina una grande quantità di sale che viene sottratto al sangue, diminuisce corrispondentemente la riserva alcalina, non si formano edemi. Se invece la ritenzione di acidi avviene entro i tessuti, aumenta la eliminazione urinaria del potassio, che proviene principalmente dai tessuti. Il sodio, idropigeno, abbondante nei tessuti organici, penetra nelle cellule onde evitare una eccessiva acidificazione. Al disordine dell'equilibrio ionico segue allora un disordine della isotonia tissurale, si sviluppa cioè l'edema. Vi sono sintomi che indicano un accumulo latente di acidi entro i tessuti: forti perdite di K e ritenzione di Na. Questi sintomi hanno permesso all'A. di predire la comparsa di edemi, che si è infatti verificata, in un paziente affetto da insufficienza polmonare (deficit di O_2 di 150 cmc. in riposo) a causa di tubercolosi e pneumotorace doppio con versamento.

Sintomi di acidosi endogena sono anche la aumentata eliminazione di ammoniaca e l'aumento del ricambio basale. Nelle malattie del cuore e dei polmoni la acidosi è dovuta alla deficienza di ossigeno e quindi alla cattiva utilizzazione degli zuccheri e formazione di prodotti intermedi. Nel mixedema la cattiva combustione è causata dalla deficienza di ormone tiroideo. Nel diabete l'acidosi dipende dal disturbato ricambio degli idrati di carbonio, nelle malattie renali dalla incapacità di formare ammoniaca. P.

DISCUSSIONI IMPORTANTI

Discussioni sui risultati della cura conservativa dell'idronefrosi.

Questa discussione fu iniziata alla Sezione Urologica della Reale Società di medicina di Londra (*Proceedings of the Roy. Soc. of Med.*, 21 ottobre 1939) da E. W. Riches, il quale,

dopo aver distinto le idronefrosi da ostruzione meccanica dell'uretere da quelle dinamiche (cioè in cui non si trovano cause ostruenti), ha parlato delle indicazioni della chirurgia conservativa. Le indicazioni sono: il rene unico, l'età giovane del malato, lo stato di gravidanza. Controindicazioni alla terapia conservativa sono: l'infezione grave e la perdita completa della funzione di un rene.

Ricerche indispensabili sono: l'escrezione urografica, la pielografia strumentale, l'esame batteriologico delle urine, l'azotemia. Ricerche utili, ma non indispensabili: capacità della pelvi, contenuto residuale della pelvi, tempo di svuotamento.

Nei 6 casi in cui fu fatta la divione dei vasi i risultati furono buoni. In 4 casi in cui fu fatta una plastica minore (e precisamente l'operazione di Fenger, cioè l'allargamento dell'unione pelvi-uretere senza separare l'uretere dalla pelvi) i risultati furono buoni in 3 e discreti in 1.

Le operazioni di plastica maggiore, consistente nella resezione del congiungimento pelvi-ureterico con reanastomosi dell'uretere nella parte inferiore della nuova pelvi, furono 31 con questi risultati: 19 buoni, 4 discreti, 8 scarsi, mortalità nulla.

La simpatectomia renale fu fatta in 13 casi con 11 risultati buoni e 2 discreti.

L'esperienza di V. Dix riguarda 60 casi di idronefrosi. Egli fece operazioni radicali in 34 casi (32 nefrectomie e 2 nefroureterectomie) e 26 interventi conservativi. Ritiene che si debba procedere ad un intervento conservativo solo quando si è sicuri che le condizioni del rene sono tali da garantirne il funzionamento, essendo inutile conservare un rene perduto alla funzione. La legatura e la divisione di vasi anormali è un intervento conservativo che dà risultati soddisfacenti; l'escissione alla pelvi e il reimpianto dell'uretere dà buoni risultati in alcuni casi senza che si possa precisare in quali casi. Il Dix confessa che ha tendenza a fare più nefrectomie e meno operazioni conservative.

H. Bailey ha ricordato un'obbiezione che gli fu fatta da Alex Roche il quale, commentando la pubblicazione dei pielogrammi sensibilmente ridotti di volume qualche settimana dopo l'intervento, domandava se questo risultato si sarebbe mantenuto cinque o dieci anni dopo. Egli non è ancora in condizioni di rispondere. Quello che può dire per la sua esperienza è che certamente ci sono dei successi non trascurabili da questi interventi e che il successo qui è legato alla maggiore precisione di tecnica.

W. E. Underwood ha insistito sopra tutto sul meccanismo neuromuscolare dello svuotamento della pelvi renale e ha spiegato con modificazioni di questo meccanismo i benefici effetti della simpatectomia periarteriosa. Egli ha illustrato un metodo personale per l'identificazione dei casi adatti al trattamento conservativo e precisamente alla simpatectomia. Il catetere ureterale è messo in comunicazione con un manometro ad acqua, che permette la registrazione dei movimenti pelvici. A volte è necessario ricorrere all'anestesia spinale per accertare l'esistenza di movimenti della pelvi.

Il Presidente ha richiamato l'attenzione su due punii importanti: 1) che all'infuori dei sintomi locali c'è una tossiemia da idronefrosi anche se questa non è infetta; 2) che i calici minori già espansi non si riducono dopo l'intervento plastico. Per questo secondo fatto la nefrectomia è indicata nelle idronefrosi avanzate. Egli ha modificato l'operazione plastica di von Liechtenberg semplificandola e precisamente reseca porzione della pelvi in modo da ridurne il volume ma da lasciarne la forma adatta ad un buon drenaggio. La quantità di parete pelvica necessaria è escissa lungo il bordo inferiore e, dopo dilatazione del congiungimento pelvi-ureterico, la pelvi è suturata con punti separati in catgut con suture alla Lembert; applica poi un tubo di drenaggio fino alla linea di sutura. Egli ha avuto buoni risultati nei tre casi operati, però fa notare che se non si combatte la causa dell'idronefrosi (e questa causa spesso rimane, purtroppo, oscura), l'operazione plastica può dare un miglioramento ma non la guarigione della malattia.

L.

DIVAGAZIONI

Prova di Hogben per la dimostrazione biologica di gravidanza.

(W. LAVES. *Deut. Mediz. Wochenschr.*, 25 gennaio 1940).

Hogben osservò che la rana artigliata dell'Africa (Xenopus laevis) reagisce con la deposizione di uova in modo specifico alla iniezione di ormone gonadotropo. Queste rane, comuni in tutta l'Africa tropicale, sono lunghe 5-10 cm., di color bruno-nerastro con macchie verdi, nelle femmine le ovaie sono visibili ai lati del corpo, specialmente durante il respiro, come grossi cuscinetti. Si nutrono 2-3 volte la settimana con fegato tagliato fino, lombrici, carne spezzettata da cui siano stati allontanati i componenti tendinei: alcune ore dopo il pasto l'acqua diventa torbida e va cambiata. Per la reazione occorrono circa 100 cmc. di urina della mattina: fin dalla sera precedente la donna berrà pochissimi liquidi e non prenderà medicamenti. Il peso specifico della urina deve essere di 1020-1030. Si inietta o direttamente l'urina oppure l'estratto acetonico. Nel primo caso essa va filtrata e al caso acidificata perchè le rane non sopportano urina alcalina (Ph 5,5): si iniettano 1-2 cmc. nel sacco linfatico dorsale. Il metodo di elezione è la iniezione dell'estratto acetonico; 100 cmc. di urina si mescolano con 200-400 cmc. di acetone, fino al massimo della precipitazione. Si lascia sedimentare o si centrifuga, si versa il liquido e si asciuga il sedimento (aria calda o piastra riscaldata). Il sedimento si diluisce in acqua distillata, tenendo conto della quantità di urina adoperata: si consiglia di concentrare la quantità a 20:1, basta però in genere una concentrazione di 15:1. Si iniettano 1 o (gravidanze iniziali) 2 cmc. dell'estratto acquoso. Per la iniezione si scelgono solo femmine sane, di colore scuro. Si introduce un ago lungo, elastico, attraverso la muscolatura della coscia destra, dorsalmente fino a sotto la pelle del dorso, lo si spinge quindi in linea retta fino a poco oltre la metà del corpo, in modo che l'ago raggiunga la regione della colonna vertebrale con un angolo di circa 45°. Le rane iniettate si tengono poi in recipienti provvisti di una rete di ferro a grosse maglie, all'altezza di circa 5 cm. dal fondo. Si versa tanta acqua che le narici degli animali seduti sulla rete si trovino appena alla superficie. Temperatura di acqua 28°. In caso di reazione positiva, la ovulazione e deposizione delle uova si inizia al più presto dopo 5 ore. Le uova, bianco-nerastre, hanno un diametro di 1,5-2 mm. e un involucro gelatinoso. Si consiglia di fare le iniezioni la sera e controllare il risultato al mattino seguente. La reazione si considera negativa se entro 30 ore non è avvenuta alcuna deposizione di uova, debolmente positiva se sono state deposte 20-30 uova. Nelle reazioni nettamente positive il numero delle uova deposte arriva a 50-200. Urine di donne non gravide non hanno finora mai dato reazioni positive. La sensibilità e la specificità della reazione di Hogben eguagliano quelle della reazione di Zondek: di fronte a questa la prima ha però il vantaggio di una molto maggiore rapidità, il risultato è infatti evidente già dopo 12 ore mentre per la reazione di Zondek occorrono 4-7 giorni. Inoltre gli stessi animali iniettati possono venire utilizzati per ulteriori reazioni di gravidanza, purchè si lasci loro un periodo di riposo che in caso di reazione negativa sarà di 14 giorni, in caso di reazione positiva di 4 settimane. L'animale muore entro pochi minuti se l'estratto iniettato non è privo di acetone o alcool. Ostacolano la diffusione di questa reazione solo la difficoltà di procurarsi le rane e il loro prezzo elevato. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

DI NATALE L. *Il cancro dello stomaco.* L. Cappelli Ed. Bologna, 1939.

Il problema ultimo, quello terapeutico, del cancro di stomaco rimane ancora oggi e forse rimarrà per molto tempo esclusivo dominio della chirurgia. Contro questo male gravissimo, che pesa sull'uomo e sulla società, la fede tenace del chirurgo non ha disarmato di fronte agli insuccessi e ha sempre ricercato nuove armi per la lotta, guardando molto spesso dietro di sè per fare il bilancio dei progressi e delle disfatte e controllare dove è il meglio, onde averne nuove luci per il domani.

Anche questo libro di Di Natale, uscito per i tipi dell'Editore Cappelli in nitida veste nell'ormai classica collana di monografie mediche, riprende il problema del cancro gastrico e con una base di partenza che è fondamentale perchè vi si possa trovare un reale interesse: qualche cosa di personale da dire. Egli ha studiato 603 ammalati affetti da cancro dello stomaco, ricoverati e osservati nella Clinica Chirurgica di Milano dal 1925 al 1938, e su questo materiale vastissimo riprende tutti i vari aspetti etiopatogenetici, anatomo patologici, sintomatologici, diagnostici, e terapeutici della malattia. Oltre e a integrazione di ciò, il materiale bibliografico copiosissimo consultato viene riferito in forma sintetica a rendere ragione di quello che fin qui è stato scritto e a confronto e a conforto dei dati personali.

Per questo l'opera del Di Natale assume una sua immediata posizione di attualità nella letteratura medica e va segnalata ai chirurgi come un notevole contributo nel campo della chirurgia del cancro gastrico. Ma questo libro sarà anche per il medico fonte di meditazione,

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

poichè gli indicherà chiaramente nei risultati documentari, i successi che la chirurgia può riportare e nella ribadita necessità della diagnosi precoce una delle armi più valide e fondamentali perchè la prognosi venga ad essere migliorata.

Il contributo che Di Natale voleva portare con questa sua fatica al problema del carcinoma dello stomaco, al di là dei fini scientifici, raggiunge anche uno scopo profondamente umano: prospettando compiutamente i vari aspetti della questione, fa nascere nel lettore medico il senso della sua responsabilità e del posto che deve occupare nella lotta contro questo non vinto flagello, cui la chirurgia si sforza di opporre non fragili barriere.

Bendandi.

Beluffi L. *L'ileite terminale*. L. Cappelli Ed., Bologna, 1939. L. 30.

È un interessante, completo accurato studio monografico questo che Beluffi ha dato alla stampa per i tipi dell'editore Cappelli; esso interessa i medici e particolarmente i chirurgi illustrando una malattia, che distinta come entità morbosa a sè stante nel 1932 da Crohn, Ginzburg e Oppenheimer, è già forte di oltre 400 osservazioni che vanno continuamente aumentando nella letteratura anche italiana e che diventeranno più numerose non appena la conoscenza di questa forma morbosa addominale sarà dilatata a più vasta cerchia di medici. A questo scopo il lavoro di Beluffi è di notevole importanza.

Per ileite terminale si deve intendere una infiammazione non specifica ulcerativa acuta subacuta e cronica ad etiologia ignota, sicuramente non tubercolare; a sede per lo più nell'ultimo tratto dell'ileo, a carattere flemmonoso nelle forme acute, ipertrofico cicatrizzante con tendenza a retrazione della parete, a restringimenti del lume e alla formazione di ascessi e di fistole interne ed esterne nelle forme croniche. La sintomatologia delle forme acute è quella per lo più di una appendicite e con questa diagnosi in generale i malati vanno al tavolo operatorio. Nei casi subacuti e cronici i sintomi sono quelli di una enterite ulcerativa o di una stenosi cronica del tenue e una terza forma è caratterizzata dalla presenza di fistole permanenti. Questi vari tipi a seconda delle condizioni dei singoli casi possono sovrapporsi.

L'esame radiologico è necessariamente fra gli elementi di grande valore ai fini della diagnosi. Nei casi conclamati si ha un difetto di riempimento dell'ileo in vicinanza del cieco; dilatazioni al di sopra del punto stenotico nell'ileo; il cosidetto segno della corda dovuta al restringimento cordoniforme del lume dell'ileo. Se la malattia è lasciata a sè la prognosi è infausta per il sopravvenire di una stenosi del lume ileale con abolizione del circolo fecale. È perciò necessario l'intervento chirurgico che ovvi a questo fatale progredire del male; si può praticare una enteroanastomosi di derivazione o l'operazione di scelta che è la resezione in uno o due tempi con asportazione della porzione di ileo ammalata. Oltre che dal punto di vista scientifico i problemi suscitati dallo studio dell'ileite terminale investono la pratica chirurgica, particolarmente nella diagnostica differenziale delle malattie acute dell'addome destro. I risultati della cura chirurgica sono soddisfacenti, ma solo una maggiore esperienza potrà meglio affermare in seguito la bontà dei successi.

Le illustrazioni annesse tolte da AA. vari sono molto comprensive.

Lo studio di Beluffi è fondamentale per chi voglia approfondire la conoscenza della ileite terminale.

Bendandi.

Mirizzi P. *Fisiopatologia del hepato-coledoco*. Vol. di 279 pagg. con 190 illustrazioni. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1939.

Da quasi 10 anni il prof. Mirizzi, clinico chirurgo di Cordova, si è dedicato allo studio colangiografico operatorio nelle affezioni delle vie biliari. In questo nuovo suo libro egli ci dà notizie della vasta esperienza accumulata in tale lungo periodo, su un materiale di esame di 600 casi.

Bisogna convenire che nel problema fisiologico ancora oscuro dello svuotamento delle vie biliari, Egli apporta in questo suo libro elementi nuovi ed interessantissimi, e, studiando le numerose, belle illustrazioni e radiografie si trae l'onesto convincimento che, usando il suo metodo, ciascuno di noi avrebbe potuto evitare alcuni errori operatori e qualche delusione post-operatoria.

Infatti la colangiografia durante l'atto operatorio determina la natura dell'ostacolo ed il grado di capacità funzionale dell'albero biliare, portando la precisione della diagnosi ad un grado di finezza non conseguibile certamente con alcun altro mezzo di esplorazione.

Nè hanno valore le obbiezioni relative alle possibilità di inquinamento, agli eventuali fenomeni tossici causati dal lipiodol: le une e gli altri non sussistono. E neppure i pochi minuti occorrenti per la colangiografia possono costituire una obbiezione sufficiente.

Ma io non condivido la scettica opinione dell'A. che lo spirito semplicista, sistematico, facilone, che domina la chirurgia attuale, la quale spesso si accontenta del solo risultato prossimo, sia la sola causa del fin qui mancato diffondersi del suo metodo: è che esso esige una speciale installazione radio-chirurgica non sempre facilmente realizzabile.

Si può concludere, plaudendo all'opera del Mirizzi, che molti « domani dolorosi della colecistectomia » verrebbero risparmiati se in ogni caso potesse essere eseguita la colangiografia operatoria.

Raffaele Paolucci.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA

Insufficienza coronaria nelle azotemie extrarenali.

Osservazioni di R. Hegglin (*Klin. Wochenschr.*, 20 gennaio 1940) ad un lavoro di P. Gömöri in cui si attribuiscono le alterazioni elettrocardiografiche nella uremia e nel coma diabetico, ad una insufficienza coronaria da cause extrarenali. Contrariamente alle asserzioni del predetto A., Hegglin afferma che nella uremia si trovano alterazioni tipiche dell'elettrocardiogramma. Esse sono provocate dalla ipocalcemia, costante nelle forme croniche di uremia, e consistono in un allungamento della distanza QT risp. del tratto ST senza allargamento dell'onda T. In tutti questi casi si trattava di uremia da nefrite cronica o da rene grinzo arteriolosclerotico. Ca ematico 5-8 mg. %.

Le alterazioni elettrocardiografiche non sono patognomoniche dell'uremia, esse si riscontrano in svariati altri stati accompagnati da ipocalcemia (tetania, Sprue). Neppure le alterazioni elettrocardiografiche del coma diabetico, di cui la principale è l'allungamento di QT con allargamento di T, deve attribuirsi a insufficienza coronaria. Sperimentalmente è dimostrato che una deficienza di ossigeno può tutto al più provocare un lieve allungamento di QT nella I e III fase. I notevoli ritardi della propagazione dello stimolo che si osservano nel coma diabetico e dopo forti dosi di insulina non possono essere dovuti a deficienza di ossigeno: essi sono esponente di alterazioni miocardiche metaboliche.

P.

La cardiopatologia del colpo di calore.

Il colpo di calore era già noto fin dai periodi biblici. Gli Arabi credevano che ne fosse responsabile l'astro Sirio e per questo lo chiamarono « Siriasi ». Osler riassume in poche parole l'anatomia patologica di questa malattia e precisamente dice che la rigidità cadaverica e i fenomeni putrefattivi compaiono rapidamente, che si hanno ingorgo venoso specialmente dei vasi cerebrali, contrazione del ventricolo sinistro e dilatazione del destro, sangue fluido, polmoni congesti e modificazioni parenchimatose del fegato e del rene.

Gale Wilson (*The Journ. of the Americ. Med Assoc.*, 17 febbraio 1940) descrive quattro casi di morte per colpo di calore, in cui le lesioni cardiache ricordano molto strettamente quelle da elettricità o da folgore perchè consistono fondamentalmente in stravasi ecchimotici sottoendocardici con enfisema sanguigno dei grossi bronchi.

In un caso si trattava di un contadino colpito da insolazione, negli altri tre di individui sottoposti alla piretoterapia mediante applicazioni elettriche. In tutti questi quattro casi le lesioni erano emorragie sottoendocardiche del ventricolo sinistro e specialmente del setto nella regione del fascio di His. In nessuno di essi furono trovate le emorragie gastrointestinali descritte da Chunn e Kirkpatrick.

L.

Ipertonia maligna o nefrosclerosi maligna?

Th. Fahr (*Klinische Wochenschrift*, 9 dicembre 1939), che si è già a lungo altre volte occupato dell'argomento, torna ad insistere che non si può parlare di una ipertonia benigna e di una ipertonia maligna, comprendendo nella prima categoria le ipertonie senza alterazioni renali o solo con nefrosclerosi benigna, e nella seconda la nefrosclerosi maligna. Questo modo di vedere è erroneo perchè la malignità non è insita nella ipertonia, che può essere per la sua altezza, durata, momento e rapidità di comparsa eguale nelle due categorie, ma piuttosto invece nel processo patologico che è a base dell'ipertensione.

Infatti la nefrosclerosi maligna si stabilisce non per causa della sola ipertensione, ma quando a questa si associa l'azione di una sostanza tossica, la cui natura ancora non è ben definita e che può essere endogena od esogena. Non si può quindi parlare di una ipertonia maligna ma di una nefrosclerosi maligna.

F. TOSTI.

Sulla ipotonia genuina.

Ricerche su 52 individui di sesso maschile affetti da ipotonia genuina fanno concludere a H. Storz (*Klin. Wochenschr.*, 2 dicembre 1939) che la ipotensione si osservi soprattutto in individui « a stimmate vegetative » nel senso di una « debolezza irritabile » del sistema nervoso vegetativo. Manifestazioni di questo tipo costituzionale sono, oltre alla ipotonia, una affettività della psiche, la vasolabilità con dermografismo spontaneo e meccanico, e labilità di tutte le funzioni regolate (facile sudorazione, ecc.). Mentre nello stato di riposo prevalgono le ipofunzioni, la eccitazione provoca iperreazioni: così p. es. la somministrazione di 100 gr. di destrosio provoca un aumento esagerato dei valori iniziali ipoglicemici e quindi una protratta fase ipoglicemica. La ipotonia genuina è uno stato di ipofunzione ipofisaria; era caratteristica nella maggior parte dei casi esaminati, una diminuzione del contenuto, di ormone melanoforo nel sangue (clinicamente, alterazioni della capacità di adattamento dell'occhio al buio).

P.

TERAPIA

La disidratazione dell'organismo nel trattamento di certe dermatosi.

Negli eczemi e nelle dermatosi secernenti, la secrezione urinaria è spesso diminuita, per cui H. Hecht (*Gaz. des hôpitaux*, 4 febbraio 1939) ha pensato di mettere in opera delle terapie, che provochino una disidratazione del paziente. Egli ricorre, per ciò, sia alla sudazione per mezzo di salicilati o di pilocarpina o di mezzi fisici, sia alle cure di diuresi per mezzo di preparati mercuriali (Novurit). Nelle dermatosi secernenti, si ricorrerà essenzialmente alla diuresi; nell'orticaria, prurigo, ittiosi, ecc. alla sudazione.

Egli riporta alcune osservazioni in cui, con il regime senza sale, la restrizione di liquidi e la somministrazione di novurit per suppositori, si è ottenuta la guarigione della dermatosi.

fil.

La cura della scabbia con il benzoato di benzile.

1) Frizione di tutto il corpo, salvo il viso, con sapone bianco.

2) Bagno caldo a 38°, di 10 minuti. Eventualmente si possono riunire questi due tempi con una buona insaponatura in un « tub »

3) A paziente ancora non asciutto, spazzolatura con un pennello di setole di qualità mezzo-molle con la seguente lozione sufficiente per una cura: Benzoato di benzile; Alcool a 90°; Sapone molle, ana g. 50. La spazzolatura deve essere energica, senza eccesso, e durare cinque minuti.

4) Dopo qualche minuto, nuova spazzolatura, insistendo sulle parti genitali, le pieghe ascellari, le mani ed i piedi. Si lascia seccare e poi il malato si riveste.

5) Dopo 24 ore, il paziente prende un bagno; la biancheria deve essere sterilizzata.

Allo scopo di ottenere una disseccazione più rapida e di attenuare le reazioni cutanee, è stata proposta la formula seguente: Benzoato di benzile 300; Lanolina 10; Distearato di glicol-etilene 15; Metilcellulosa 25; Acqua 665. La tecnica di applicazione è la seguente: bagno caldo con insaponatura al sapone bianco per 15-20 minuti; asciugare ed applicare la pomata, che si secca in un quarto d'ora e forma un rivestimento papiraceo, elastico, che si distacca in scaglie in 3-4 ore. Quando la pomata è secca il paziente si riveste e prende eventualmente un bagno l'indomani.

(R. Rabut, *Presse méd.*, 27-30 dic. 1939).

fil.

Il trattamento delle verruche.

Ominus (*Presse méd.*, 13-19 dicembre 1939) consiglia di spennellare leggermente, ed ogni giorno, la verruca mediante un po' di cotone imbevuto in soluzione di potassa caustica (20 parti) 14 acqua (30 p.). Si copre poi la verruca con leucoplasto.

Si produce allora un solco che separa la verruca dalla pelle sana e la distacca dal derma, in due giorni. Quando la verruca è voluminosa, sollevarla delicatamente per togliere, con essa i suoi prolungamenti nel derma. Si ha così una cicatrizzazione rapida, sotto una medicatura asettica.

L'uso di un caustico acido (si adopera generalmente il nitrico) ha l'inconveniente di indurire la pelle e di rendere impossibile la formazione del solco, che separa progressivamente la verruca dal derma.

fil.

Nella seborrea del capillizio.

Pochi e poco efficaci sono i mezzi che si hanno contro questa incomoda affezione; una volta pulita la testa, le squame si riformano rapidamente. Le lavature, sia pure ridotte al minimo, dopo un momentaneo successo, aumenta a quanto pare la produzione del sebo. G. Riehl (*Wiener klin. Wschr.*, 19 gennaio 1940) ha ottenuto buoni effetti con alcuni tipi di « shampoing » americani, in cui l'analisi dimostrò che la parte attiva era data da solforicinato di sodio. È quindi inutile ricorrere ai prodotti brevettati quando tale sostanza si può ottenere direttamente dal commercio. Del resto, il suo modo di preparazione è noto, trattando l'olio di ricino con acido solforico ed aggiunta di soda e neutralizzando poi con ammoniaca.

I capelli vengono dapprima leggermente inumiditi con acqua, procedendo poi ad un buon massaggio col solforicinato e ripetendo l'operazione. Il metodo è superiore a quelli consueti di lavatura della testa ed anche alle così dette cuffie oleate.

fil.

STORIA DELLA MEDICINA.

La storia della percussione e dell'ascoltazione.

B. J. Gottlieb (*Die Medizinische Welt*, n. 8, 24 febbraio 1940) rileva che il vero sviluppo della percussione e della ascoltazione nella semeiotica medica si ebbe nel 18° e nel 19° secolo. Tuttavia già negli scritti di Ippocrate tali procedimenti sono accennati a proposito della succussione ippocratica e degli sfregamenti nelle pleuriti secche. Così pure ne parlano Areteo di Cappadocia, Sorano, Galeno, Paolo di Egina.

Harvey scrisse nella sua famosa opera sulla circolazione del sangue della possibilità di udire i rumori del cuore applicando l'orecchio sul petto, attirandosi le critiche di molti contemporanei. Lancisi descrisse la percussione dello sterno negli aneurismi.

Ma colui che per primo sostenne l'importanza e la grande utilità della percussione fu J. L. Auenbrugger nel 1722; egli mise in evidenza i vari tipi di suono che si possono avere nella percussione del torace facendo anche opportuni esperimenti sul cadavere.

L'opera di Auenbrugger fu criticata da Unzer ma altri autorevoli autori accettarono le sue opinioni confermandole con la loro esperienza. Ma la percussione cadde nuovamente in dimenticanza finchè fu rimessa in onore da Corvisart nel 1808.

Successivamente per il primo Laënnec sollevò la percussione associata all'ascoltazione a potente mezzo di ricerca. Laënnec per il primo introdusse lo stetoscopio sostenendone i vantaggi contro lo scherno di molti contemporanei. Finalmente Skoda nel suo trattato sulla percussione e sull'ascoltazione, pubblicato nel 1839, studiò dettagliatamente l'argomento definendo i vari tipi di suono che si possono rilevare alla percussione e i numerosi elementi che ci può fornire l'ascoltazione sia dei polmoni che del cuore, cercando anche di darne la spiegazione fisica. Dopo Skoda la percussione e l'ascoltazione presero sempre maggiore sviluppo fino a costituire una importantissima parte dell'arte medica. F. TOSTI.

VARIA

Le leggi demografiche di Augusto e l'attuale politica della popolazione.

Il Regime fascista e quello nazista hanno coraggiosamente iniziato una politica della popolazione specialmente contro la denatalità, seguìti poi con molto ritardo e difficoltà da altre nazioni. Engelsmann (*Klin. Wochens.*, 19 agosto 1939) fa un raffronto con le leggi demografiche emanate da Augusto 2000 anni or sono, con lo scopo di incitare i romani a sposarsi presto e ad avere almeno 3 figli. Non ostante il contrario parere del popolo e del Senato, Augusto mantenne tali leggi dal 28 avanti Cristo a 9 dopo Cristo; esse assegnavano dei premi notevoli alle famiglie con molti figli e davano invece degli svantaggi ai celibi ed ai matrimoni senza figli, specialmente per quanto riguarda l'assegnazione di pubblici impieghi e nel campo del diritto ereditario. Tali leggi, pure avendo avuto una scarsa applicazione per le contrarietà ridestate, ebbero un certo effetto, come risulta dai censimenti eseguiti durante la vita di Augusto. Le nostre attuali leggi, invece, non ostante forse una certa diffidenza sul principio, si sono imposte e sono entrate nello spirito dei giovani, esercitando più rapidamente di quanto si poteva pensare i loro effetti, dimostrati specialmente dall'aumento della natalità e della popolazione. *fil.*

La teoria Darwiniana e la genetica.

La teoria darwiniana dell'evoluzione della specie che è stata aspramente combattuta agli S. U. A. riceve invece, dalle moderne ricerche sulla biologia ed ereditarietà, nuove conferme. Il ritrovamento e lo studio dei crani umani e di altre ossa di Heidelberg, di Pechino, di Neandertal, ecc. fornisce, secondo quanto ha esposto recentemente Aschoff in una conferenza ai corsi di perfezionamento di Berlino, nuove prove dell'esistenza di una catena ininterrotta degli antenati dell'uomo moderno che porta ad un predecessore comune con le scimmie oggi viventi. E l'A., concorda con l'opinione di Darwin che la sola teoria delle mutazioni non può spiegare l'origine delle specie. Una difficoltà è riposta nella questione tuttora insoluta del perchè si sia avuto uno sviluppo nel ramo umano. Aschoff l'attribuisce ad una latente forza vitale, già presentata da Virchow per il divenire della vita nella natura e che collima con lo slancio vitale di Bergson. Non si deve, del resto, dimenticare che la scienza dell'eredità si trova ancora al suo inizio e per quanto l'anatomia comparata già abbia dato risultati importanti per le condizioni di affinità fra le specie, è legittimo attendersi dai progressi dello studio della genetica ulteriori delucidazioni. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Il problema della stampa medica.

Con questo titolo « L'Avvenire Sanitario » di Milano nel numero del 20 aprile pubblica un articolo del suo direttore dott. P. Sangiorgi, che, in previsione del III Congresso nazionale della stampa tecnica, indetto a Milano dal 2 al 5 giugno p. v., prende in esame la questione della stampa medica.

Prospetta i còmpiti a questa affidati nei riguardi del progresso scientifico, dell'elevazione fisica e morale del popolo italiano e degli interessi della categoria dei medici; quindi il Sangiorgi auspica l'avvento di una sistemazione che permetta alla parte più matura, più seria e più libera della stampa medica attuale di raggiungere questi fini, attraverso un adeguato potenziamento morale e materiale.

L'importanza della stampa medica non è oggi forse compresa abbastanza, nell'accrescere l'efficienza scientifica e tecnica dei sanitari e, di riflesso, nell'àmbito sociale. A questa scarsa valutazione contribuisce il pullulare di giornaletti pubblicitari, le cui finalità obbligate sono segnate dagli interessi delle Ditte. Opportunamente il Sangiorgi, esperto studioso e giornalista, richiama l'attenzione sul problema, il quale dovrebbe preoccupare le autorità, i sanitari e il pubblico; egli indica anche l'avviamento ad una sistemazione.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Vaccinazioni antitubercolari preventive.

Il Ministero dell'Interno (Direzione gen. Sanità Pubblica) ha diramato alle autorità interessate la seguente circolare n. 42 in data 16 aprile 1940.XVIII:

« Nella riunione dei Presidenti e dei Direttori dei Consorzi prov. antitubercolari, tenutasi a Roma in occasione della inaugurazione della X Campagna antitubercolare, si è concordemente riconosciuta l'opportunità di praticare le vaccinazioni antitubercolari preventive, preferibilmente nei lattanti entro il primo mese di vita e, per riuscire in tale intento, è stata messa in particolare rilievo la necessità che le stesse vaccinazioni vengano sistematicamente eseguite nei brefotrofi, consultori pediatrici ed in altri istituti del genere.

L'Opera Nazionale per la protezione della Maternità ed Infanzia, interessata in merito da questo Ministero, ha già impartito alle dipendenti Federazioni opportune istruzioni, affinchè nei consultori pediatrici della stessa Opera sia agevolata la pratica delle vaccinazioni antitubercolari preventive nei neonati.

Si pregano le VV. EE. di portare quanto sopra a conoscenza del Presidente del Consorzio prov. antitubercolare, con invito a prendere con la Federazione di cui sopra, i necessari accordi per la regolare esecuzione delle suddette operazioni, sulla scorta delle modalità comunicate direttamente ai Direttori tecnici del detto Consorzio.

Sarà gradito un cortese cenno di ricevuta e di assicurazione, rimanendo in attesa di frequenti notizie sullo svolgimento dell'importante servizio ».

Pel Ministro: Buffarini.

Gara per apparecchio micromicrografo.

Con decreto del Ministero dell'Interno, in data 14 aprile, è stata indetta una gara fra le ditte specializzate italiane, per la costruzione di un apparecchio micromicrografo, da servire per l'indagine radiologica delle masse.

Le ditte interessate potranno rivolgersi al Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) per ulteriori chiarimenti e per prendere visione del modello.

Disposizioni varie.

Il Ministero dell'Interno ha emanato una circolare, n. 31, in data 11 marzo, sul *Corso di perfezionamento per i sanitari dei comuni e delle provincie* ed una circolare, n. 32, in data 11 marzo, relativa alla *Vigilanza nell'esercizio delle professioni sanitarie;* sono pubblicate in « Milizia Sanitaria » del 15 aprile.

MEDICINA SOCIALE

Per la estensione alle provincie libiche delle leggi sociali metropolitane.

Il Presidente dell'Istituto nazionale fascista di previdenza sociale, dopo una visita alla sede dell'Istituto ed all'Ospedale sanatoriale dell'Istituto a Tripoli, ha partecipato ad una riunione dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali e dei dirigenti degli istituti mutualistici e corporativi.

Durante la riunione è stata constatata la cordiale e fattiva collaborazione fra le organizzazioni sindacali e l'Istituto di previdenza e sono stati esaminati i problemi riguardanti i lavoratori della Libia.

I rappresentanti dei lavoratori hanno prospettato l'opportunità che tutte le leggi per la previdenza e l'assistenza sociale vigenti nel territorio metropolitano vengano estese alle provincie libiche.

Il Presidente dell'Istituto, compiacendosi per il vivo interessamento delle organizzazioni sindacali ai problemi previdenziali, ha assicurato il suo appoggio per la sollecita realizzazione delle aspirazioni dei lavoratori della Libia.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. Prefetture

Condotte mediche.

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Asti, per 4 posti; scad. 15 mag., ore 12;

Lucca, per 10 posti;

Matera, per 3 posti; scad. 30 mag., ore 18;

Palermo, per 1 posto; scad. 31 luglio, ore 18.

MISURATA (*Libia*). — La R. Prefettura di Misurata ha indetto un concorso per titoli ed esami a medico condotto per i centri di: Garibaldi, Corradini, Sliten, Tazzoli, Marconi. Scad. 13 giugno 1940. Stip. annuo L. 15.000, oltre indennità di servizio coloniale ed eventualmente di famiglia. Alloggio gratuito. Il bando è in visione presso le RR. Prefetture ed i Sindacati provinciali medici.

Laboratori provinciali d'Igiene Profilassi (Sezione med.-micrograf.):

Matera, per direttore; scad. 30 giugno;

Pistoia, per coadiutore; scad. 31 mag.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

VARESE. *Amministrazione provinciale*. — Concorso per titoli ed esami al posto di medico-aiuto dell'Ospedale psichiatrico provinciale di Varese. Stipendio L. 12.100, servizio attivo L. 2000, sei aumenti di complessive L. 6600. Allogio e indennità di L. 2000, e L. 2000 per l'incarico di radiologo. Scadenza 14 maggio 1940.

Borse di studio.

Fondazione Alessandro Lustig

La Lega Italiana per la lotta contro i tumori bandisce un concorso per titoli per il conferimento del sussidio di lavoro « Fondazione Alessandro Lustig ».

Gli aspiranti dovranno presentare domanda in carta da bollo da L. 4 indirizzandola al Presidente della Lega Italiana per la lotta contro i tumori, Viale Regina Margherita n. 291, Roma, non oltre le ore 12 del 31 ottobre 1940-XIX.

L'importo del contributo è di L. 3.000 ed è indivisibile.

Esso verrà versato in due rate e cioè la prima al momento della concessione, la seconda dietro presentazione del lavoro compiuto, non prima di sei mesi dalla prima.

Possono concorrere medici o studenti in medicina di nazionalità italiana che si dedichino a studi sui tumori presso Istituti di Oncologia o presso Istituti della Facoltà Medica delle RR. Università del Regno.

Gli aspiranti, oltre alla domanda, dovranno produrre i documenti dimostranti la loro attività e competenza nel campo della Oncologia e un certificato in tal senso rilasciato dal Direttore dell'Istituto da cui dipendono.

Concorsi a premi

Premio « Elide Piccinini Stramezzi »

È istituita presso l'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria (presidente, P. Capparoni; segretario, A. Pazzini), la Fondazione « Elide Piccinini Stramezzi » allo scopo di premiare studi inerenti alla storia delle scienze mediche e delle arti sanitarie in genere con particolare riguardo alla parte spettante all'Italia, studiata mediante ricerche originali ed inedite.

Il premio biennale in corso, è costituito da L. 2.000 lorde, pari agl'interessi di due annate del capitale di L. 20.000 (rend. 5 %) che costituisce la Fondazione.

Il premio può essere divisibile. Il giudizio della Commissione esaminatrice è inappellabile.

I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria dell'Accademia, in triplice copia dattiloscritta contrassegnata da un motto. In unita busta chiusa, corrisponderà il nome del concorrente ed inoltre, in carta legale, i certificati: di appartenenza alla razza ariana, di cittadinanza Italiana e iscrizione al P. N. F. entro il 28 ottobre 1941-XIX.

L'esito del concorso sarà reso noto la seconda domenica del gennaio 1942-XX.

Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Accademia, Lungotevere in Sassia 3, Roma.

Per il premio « M. Piccinini ».

È istituita presso l'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria (presidente, P. Capparoni; segretario, A. Pazzini), la Fondazione « M. Piccinini » per le rivendicazioni inedite italiane nel campo delle scienze sanitarie a tutto il secolo XIX.

Il premio per l'anno in corso, è costituito da L. 3.000 lorde, pari agl'interessi di 3 annate del capitale di L. 20.000 (rend. 5 %) che costituisce la Fondazione.

Tale somma è divisibile in tre premi da L. 1000 lorde.

I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria dell'Accademia (via Lungotevere in Sassia 3, Roma) in triplice copia dattiloscritta contrassegnata da un motto a cui, in busta chiusa, corrisponderà accluso il nome del concorrente ed inoltre, in carta legale, i certificati: di appartenenza alla razza ariana, di cittadinanza italiana e di iscrizione al P. N. F. entro il 28 ottobre c. a.

L'esito del concorso sarà reso noto la seconda domenica del gennaio prossimo.

Roma, li 19 gennaio 1940-XVIII.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il Senato dell'Università di Edimburgo ha conferito il premio Cameron al prof. E. C. Dodds, titolare di biochimica all'Università di Londra, per i suoi lavori sugli estrogeni sintetici.

Il Consiglio della Società Reale di Edimburgo ha conferito il premio Keith per il periodo 1937-9, al prof. F. A. E. Crew, in riconoscimento del valore dei suoi contributi sulla genetica animale e per l'insieme delle comunicazioni da lui fatte alla Società.

Il prof. B. Zancan è incaricato della direzione della Clinica delle malattie tropicali e subtropicali di Torino.

Il dott. Felice Diana è stato decorato della medaglia d'argento al valor civile con la seguente motivazione: « Medico primario radiologo dell'Ospedale civile di Alessandria, attendendo, durante lunghi anni, con alto spirito filantropico, alle applicazioni di radium e degli apparecchi radiografici per la cura degli infermi e particolarmente dei cancerosi, riportava gravissime lesioni alle mani, tali da costringerlo a numerose e gravi amputazioni. Il continuo progredire del male non arrestava peraltro la sua attività, svolta ad alleviare i mali dell'umanità sofferente e al progresso della scienza ».

Alla presidenza dell'Unione Medica Latina è stato eletto, quale successore del compianto prof. Dartigues, il dott. Alberto Bandelac de Pariento, che per molti anni fu addetto all'Ambasciata di Spagna in Bruxelles.

NOTIZIE DIVERSE

XXI Aprile.

L'annuale della fondazione di Roma — una data che appartiene all'umanità e alla civiltà — viene celebrata in tutta Italia come festa del lavoro, con riti che attestano l'operosità fattiva e continuativa del Regime.

A Roma il Duce — il quale viene rinnovando gli antichi fasti della città — ha onorato del suo intervento il sorgere o l'avviamento di molte importanti opere.

Per il rilevante numero di cerimonie, alcune sono state anticipate. Nel campo ospedaliero e sanitario, il 20 aprile si è inaugurato l'ingrandimento dell'Istituto di malariologia e il 21 aprile Istituto ostetrico-ginecologico all'Ospedale del Littorio.

All'Istituto di malariologia il direttore, sen. G. Bastianelli, illustrò al Duce il nuovo reparto per la malarioterapia dei dementi paralitici; poi, nel laboratorio — ove erano presenti una quarantina di medici perfezionandi — prospettò la scoperta della fase istotropa dei parassiti malarici, compiuta nell'Istituto dal Raffaele, e tracciò gli sviluppi dell'azione scientifica e assistenziale dell'Istituto in Albania e nell'Africa Orientale Italiana, ove esso ha organizzato sei stazioni.

All'Ospedale del Littorio il Duce visitò con cura i principali ambienti del nuovo Padiglione, capace di 170 letti; è attrezzato in modo perfetto e pronto a funzionare. Gli fece da guida il direttore prof. R. Bompiani; venne impartita la benedizione da mons. Berretti, vescovo degli Ospedali di Roma.

Nelle sue visite il Duce, accompagnato da alte autorità dello Stato, fu dovunque acclamato con caldo entusiasmo.

Società italiana di farmacologia.

Si è svolta nell'Istituto di Farmacologia della Città Universitaria in Roma, il 31 marzo, la prima riunione della Società Italiana di Farmacologia, costituitasi di recente allo scopo di promuovere gli studi farmacologici italiani e la loro applicazione pratica. Erano presenti quasi tutti i professori di farmacologia delle nostre Università, il Direttore dell'Istituto di Sanità e numerosi soci.

Si è approvato il regolamento della Società, proceduto alle proposte per le cariche sociali, fissata la prossima riunione scientifica a Genova in contemporaneità alla riunione della Società per il progresso delle scienze.

Ad un telegramma di omaggio inviato dall'assemblea all'Eccellenza Bottai, il ministro dell'Educazione Nazionale ha così risposto: « Ringrazio per cortese telegramma inviatomi occasione prima riunione cotesta Società ed assicuro mio appoggio per svolgimento sua opera scientifica - Bottai ministro Educazione nazionale ».

La sede della Società e la Segreteria generale sono a Roma presso l'Istituto di Farmacologia della R. Università.

Federazione italiana medici degli sportivi.

Allo Stadio del P. N. F. ha avuto luogo l'insediamento del Comitato scientifico della Federazione Italiana medici degli sportivi, alla presenza del Segretario generale del C.O.N.I. che ha portato ai componenti il saluto ed il ringraziamento del Presidente.

Il Comitato, che è formato dal sen. prof. Nicola Pende, dal cons. naz. prof. Raffaele Paolucci, dal gr. uff. prof. Domenico Marotta, dal prof. Ugo Cassinis, dal prof. Angelo Viziano, dal prof. Silvestro Baglioni, dal prof. Augusto Bonola, ha iniziato subito i suoi lavori con lo studio degli argomenti per il Congresso Internazionale di Medicina dello Sport che si svolgerà a Roma nel 1942 anno XX.

Si è stabilito che in linea di massima le relazioni dovranno orientarsi verso i seguenti problemi principali: 1) orientamento sportivo individuale; 2) patologia dei singoli apparati in rapporto all'applicazione di discipline sportive non adatte ai singoli organismi.

Le ricerche del primo tema investono sopratutto il campo della fisiologia e tendono ad individuare i requisiti della specializzazione sportiva. Gli studi del secondo tema si applicano invece al campo patologico nell'intento di mettere in rilievo i danni che possono derivare da una cattiva scelta della specializzazione sportiva. Entrambe le indagini tendono a regolare scientificamente quel criterio di autodecisione privo di qualsiasi guida, che oggi avvia i giovani a praticare differenti rami di sport.

Il Comitato scientifico ha poi constatato come nel campo della medicina dello sport sia necessario approfondire gli studi sulla influenza che lo sport ha sui caratteri e sulle qualità psichiche degli sportivi, ed ha quindi proposto alla F.I.M.S. di promuovere indagini specie nel campo psicometrico.

Nella stampa sanitaria.

È comparso il primo fascicolo di « Rivista medica tropicale e Studî di medicina indigena », che continua il « Giornale Italiano di Medicina tropicale » ma è completamente rinnovato e arricchito. È diretto dal prof. T. Sarnelli e ne è redattore-capo il prof. F. Jerace; vi cooperano insigni studiosi. Il periodico risponde agli sviluppi crescenti della medicina tropicale in Italia, in rapporto con la vastità dei nuovi territori, i quali impongono complessi e urgenti problemi sanitari. L'inclusione della medicina indigena nelle attività del periodico attesta come sia stata valutata la importanza che deve competere a tale studio, da cui dobbiamo attenderci nuove applicazioni. Il primo fascicolo, in magnifica edizione, comprende: il programma, tre lavori di medicina tropicale, uno di medicina indigena (tossicità dell'*Adenium somaliense*), un articolo d'attualità, la bibliografia (recensioni, sommari, segnalazioni) e notizie. La rivista è a periodicità mensile.

Ci rallegriamo con i promotori per la simpatica ed utile iniziativa.

Corsi di perfezionamento e di aggiornamento.

La « Settimana medica viennese » (63° Corso internazionale di perfezionamento) si svolgerà dal 14 al 19 maggio, a cura dell'Accademia viennese per il perfezionamento medico. Quota d'iscrizione per i nazionali: RM 20; per gli stranieri: RM 10. Sono stabilite molte facilitazioni per la dimora a Vienna. I conferenzieri saranno in numero di 27, fra cui il prof. Pende di Roma; le dimostrazioni saranno fatte in cliniche ed istituti vari.

Seguiranno corsi speciali, a piccoli gruppi.

Per informazioni rivolgersi a: Sekretariat der Wiener Akademie für ärztliche Fortbildung, Alserstrasse 4, Wien IX (71), Germania.

Per la sede dell'I. N. F. A. I. L. a Tirana.

Sono per iniziarsi a Tirana i lavori per la costruzione della nuova sede dell'Istituto Nazionale Fascista assicurazione infortuni sul lavoro. L'edificio progettato dall'ufficio tecnico dell'Istituto, sorgerà nel viale dell'Impero, di fronte alla nuova sede degli uffici della Luogotenenza generale. Lo stile della costruzione si armonizza con quello degli edifici creati sul grande viale. Essa, oltre a contenere gli uffici dell'I.N.F.A.I.L. e gli ambienti sanitari per l'assistenza ambulatoria degli operai infortunati, avrà nel retro, nel vasto cortile aperto, un cinema-teatro capace di mille posti. La costruzione richiederà l'impiego di circa 15.000 giornate lavorative.

Assistenza medica ai nazionali di Addis Abeba.

Dal 1° marzo funziona in Addis Abeba (via Duca d'Aosta) la Poliambulanza per nazionali, alla quale si alternano specialisti e primari di Ospedali per prestare la loro opera a favore del pubblico. Essi sono: per la medicina generale e tropicale: prof. D'Ignazio; chirurgia generale: prof. Scollo; tisiologia: dott. D'Arcangelo; malattie nervose e mentali: dott. Lombardi; otorinolaringoiatria: dott. Moscatelli; oculistica: prof. Guerra; dermosifilopatica: dott. Balletto; pediatria: prof. Piccioli; odontoiatria: dott. Tarizzo; ginecologia: dott. Bernabei. Le visite sono gratuite per i non abbienti ed a pagamento con tariffe ridotte per gli abbienti.

Assegnazioni ad Istituti scientifici.

Il Duce ha ricevuto dall'Accademico Rondoni una relazione sul Congresso internazionale di Patologia comparata e la somma di L. 59.090 quale avanzo di gestione.

Il Duce si è compiaciuto con il prof. Rondoni per l'attività svolta ed ha destinato la somma come segue: all'Istituto di Patologia generale della facoltà medica della R. Università di Milano L. 28.000; alla Stazione zooprofilattica sperimentale delle Capannelle (Roma) L. 18.000; al Comitato per la biologia del Consiglio Nazionale delle Ricerche per pubblicazioni illustranti tecniche sperimentali L. 8.000; alle Opere Assistenziali del Governatorato di Roma L. 5.090.

Azioni giudiziarie.

La « New York Life Ins. Co » aveva assicurato certo sig. Berkowitz per i casi di morte da cause esterne, violente o accidentali; non per le morti da malattie o da infermità. L'assicurato era affetto da sifilide: per curare questa malattia, si faceva delle iniezioni di bismuto e di neosalvarsan. Alla quinta iniezione arsenicale, che ebbe luogo ad un mese dalla prima, si determinò una grave reazione, che ebbe esito letale. La quantità di neosalvarsan era stata portata gradatamente da g. 0,3 a g. 0,6; nulla d'insueto nel trattamento.

La Compagnia rifiutò di corrispondere l'indennizzo all'erede, che intentò causa. Questa è giunta alla giurisdizione della Corte di Cassazione di New York.

Una perizia medica attestò che, nelle cure neosalvarsaniche, si ha una morte ogni 7.000-11.000 pazienti; la morte è dunque sempre possibile; ma non si riesce a prevederla nè a prevenirla. La sifilide non ha avuto parte nel determinare la morte, sebbene sia stata causa indiretta di questa. La Corte ha giudicato che il caso rientrava nei limiti stabiliti dalle clausole del contratto d'assicurazione: la sensibilità all'arsenobenzolo non costituisce un'infermità o malattia, nel senso della polizza. Perciò ha annullato un precedente giudizio, che negava l'indennità ed ha ordinato un nuovo giudizio.

Nel settembre del decorso anno il signor Arcangelo Betuli acquistò nella farmacia gestita dal signor Linguotta di Roma una scatola di fiale di lecitina, ma fatta praticare la prima iniezione a suo figlio, questi lamentò poco dopo un forte dolore e si verificò la paralisi temporanea della gamba destra. Il Betuli si rivolse all'Ufficio d'Igiene del Governatorato di Roma, il quale sequestrò la scatola contenente le fiale del medicamento; fatta fare l'analisi batteriologica, risultò che questo era inquinato.

Aperto procedimento penale a carico del titolare della farmacia dott. Angelo Linguotta, questi fu rinviato al giudizio del Tribunale per avere venduto medicinali guasti ed alterati.

Il dibattimento ha destato interesse per le questioni inerenti alla responsabilità dei farmacisti, che acquistano da grossisti preparati opoterapici.

Il P. M. chiese la condanna del Linguotta a due anni e mezzo di reclusione e a L. 2.500 di multa, ma il Tribunale emise sentenza di piena assoluzione ritenendo che il fatto non costituisce reato.

Notizie sanitarie di guerra.

Le truppe australiane prima della partenza per il vecchio mondo sono state sottoposte a radiografie del torace per escludere i casi di tubercolosi ed all'accertamento del gruppo sanguigno, che è stato iscritto sui « dischi d'identità » di ogni militare, così da poter rendere immediata la trasfusione del sangue in caso di bisogno. Durante le operazioni di guerra si disporrà per la raccolta di sangue conservato e refrigerato dei vari gruppi.

In Inghilterra durante i primi tempi delle ostilità circa 400.000 bambini erano stati dispersi dalle città nelle campagne, per il timore di aggressioni aeree. Siccome queste non si sono verificate, i genitori tendono a ricondurli nelle città; ma il Governo ha consigliato di tenerli ancora lontani.

Dalla zona d'operazioni in Francia sono state evacuate 700.000 persone e distribuite nelle zone rurali del sud-ovest. Sono stati mobilitati 5 milioni di militari e d'infermiere. Si è proceduto alla evacuazione di circa 400.000 bambini dalle città. Si sono prodotti, così, spostamenti di oltre 6 milioni d'unità; nonpertanto le condizioni generali di salute sono buone e non si registra alcuna epidemia.

Le truppe tedesche sono state fornite di olio di fegato di merluzzo, con aggiunta di glucosio, per instillazioni negli occhi in caso di aggressioni da gas lacrimogeni. In Inghilterra si consiglia una soluzione satura di solfato di magnesio, aggiunta

di sciroppo di zucchero, nei rapporti di 8:2, già sperimentata in Asia.

In Francia un decreto concerne i prodotti medicamentosi destinati a neutralizzare gli aggressivi di guerra. Non potranno essere preparati e messi in vendita che da farmacisti, dopo registrazione nel laboratorio nazionale di controllo dei medicamenti. Le menzioni: « difesa passiva », « gas vescicanti », liquidi tossici » ecc., sono vietate sugli involucri e nella pubblicità di tali prodotti.

Il 2 aprile si è tenuta a Parigi l'assemblea generale del Comitato nazionale di difesa contro la tubercolosi, sotto la presidenza del ministro della sanità publica Marcel Héraud, assistito dal presidente del comitato André Honnorat. Dopo le relazioni, il ministro pronunziò un'allocuzione, in cui insistette sulla necessità di aumentare gli sforzi per la lotta contro la tubercolosi durante la guerra e rese omaggio all'attività del Comitato.

Il prof. O. Hocht ha pubblicato nella « Medizin. Klinik » una serie di articoli sul trattamento dei feriti di guerra; essi sono stati ampliati e raccolti in volume (VIII-175 pagine con 39 fig. e 5 tavole) in vendita presso la Casa Urban e Schwarzenberg di Berlino e Vienna (prezzo RM. 4,80).

Un po' dovunque.

Il VI Congresso internazionale di citologia sperimentale, che doveva tenersi a Stoccolma dal 25 luglio all'1 agosto, è stato sospeso a tempo indeterminato.

L'Unione internazionale contro la tubercolosi annunzia che, a causa delle circostanze attuali, l'assegnazione del premio Léon Bernard viene differita di due anni.

Il prof. F. Fedele ha tenuto la prolusione al suo corso di Clinica chirurgica nell'Università di Perugia, trattando il tema: « La chirurgia del simpatico ».

Il prof. A. Ciminata ha tenuto la prolusione al suo corso di Tecnica delle operazioni chirurgiche nell'Università di Milano, trattando il tema: « Il posto che occupa la tecnica delle operazioni chirurgiche nel quadro delle mediche discipline ».

L'Esposizione annuale dell'Associazione americana dei medici artisti si terrà a New York, nel Belmont Plage Hotel, dal 9 al 15 giugno. Per informazioni rivolgersi al dott. A. L. Wolbarst, 114, East Sixty first Street, New York, S. U. d'A.

Nel « Brit. Med. Journ. » del 6 aprile, R. C. Thomas, direttore del Servizio ostetrico di Croyodon, riferisce su 3144 parti consecutivi, avvenuti fra il 3 gennaio 1938 e il 4 giugno 1939, senza nessuna morte da parto. Si è avuta una morte per polmonite pneumococcica ed enfisema, confermata dall'autopsia.

La Società francese di storia della medicina ha ripreso la sua attività. Nel programma della sua prima seduta figuravano i temi: « Due precursori della maschera anti-gas »; « Cura ai malati e ai feriti nel Medio Evo ».

Il 6 aprile ha compiuto un decennio di vita il « Sanatorio per la tubercolosi delle vie aeree superiori » in Seltersberg (Giessen), l'unico del suo genere nella Germania e forse in Europa; è diretto dal direttore della Clinica oto-rino-laringologica di Giessen; attualmente ospita un centinaio di malati, provenienti da tutte le parti della Germania.

« L'Osservatore Romano » del 15-16 aprile reca: La città di Lwow, popolata da oltre 350.000 abitanti, fiorente fino all'occupazione sovietica, si trova in uno stato impressionante. Si contano in media, ogni giorno, circa 200 decessi (cioè il decuplo del normale), e la mortalità tra i fanciulli raggiunge il 75 %; le condizioni sanitarie sono atroci; mancano completamente i medicinali.

L'Istituto di ricerche entomologiche di Washington pubblica un rapporto, da cui risulta il pericolo di diffusione delle malattie infettive per mezzo degli aeroplani; dà notizia sui vettori di malattie repertati negli aeroplani; illustra la possibilità che l'*Anopheles gambiae* sia stato trasportato per mezzo di aeroplani dall'Africa nel Brasile, ove ha prodotto una malaria gravissima.

Durante il 1938 nella Russia dei Sovieti si erano rilasciati diplomi d'esercizio a circa 30.000 infermieri, 11.000 levatrici, 2.000 farmacisti, 1.000 medici militari, 1.000 dentisti.

I giornali hanno dato notizia, da New York, di certo Herbert Azelton, dichiaratosi autore di un delitto per essere ricoverato in prigione e farvisi operare gratuitamente; riconosciuto innocente, venne inviato in un ospedale cittadino, per esservi sottoposto gratuitamente all'operazione di cui aveva bisogno.

Il 6 aprile alla Fiera di Milano si è inaugurato il nuovo ridente padiglione della Scuola materna.

Un Centro lombardo di storia delle medicina è stato costituito presso l'Ospedale Maggiore di Milano. Il centro, che sorge come sezione dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria di Roma, sotto la vigilanza del Ministero dell'E. N., è presieduto del prof. A. Cazzaniga, ordinario di medicina legale e preside della Facoltà Medica dell'Università.

Funziona da qualche tempo a Gondar uno stabilimento per la preparazione e l'imbottigliamento dell'acqua minerale naturale dell'Uolchfit, batteriologicamente pura, classificata del tipo carbonico-alcalino; è diuretica e digestiva.

Nell'inquadramento delle categorie dei professionisti e degli artisti risulta che nella Sezione dello Scioa vi sono: 121 medici-chirurgi; 15 veterinari; 25 farmacisti; 6 ostetriche; 49 infermieri.

Nel reparto lebbrosi dell'Ospedale psichiatrico di Istambul un infermo è stato trovato decapitato nel suo letto; non si sono potuti accertare l'autore e i moventi del delitto.

Nei dintorni di Vicenza una donna che soffriva di sciatica è stata curata da un empirico, certo Alberto Nazzaro, con petrolio e arnica; seguirono lesioni settiche le quale determinarono la morte della paziente.

È deceduta a Vienna in età di 81 anni la dott. GABRIELA POSANNER, consigliere sanitario, decana delle medichesse austriache.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Med. Welt, 2 dic. — H. BERNHARDT. La gotta. — F. KELLER. Doglie deboli.

Brux. - Méd., 3 dic. — M. FLORKIN. Sub-microanalisi del sangue.

Arch. It. di Chir., lug. — M. FERRARINI. Malattia di Dupuytren. — C. REUDANO. Ripristino della funzione sfinterica dello stomaco dopo gastroenterostomia.

Practitioner, dic. — Bocca, lingua e labbra.

Arch. Intern. Med., nov. — H. SCHROEDER e J. M. STEELE. Ipertensione «essenziale». — L. MAYER, SHOCK, R. H. MAJOR e al. Guanidina del sangue. — IX. ULRICH. Mieloma multiplo.

Min. Med., 1 dic. — G. FERRO-LUZZI. L'« indice goniometro » per lo studio della funzione renale.

Presse Méd., 29 nov. — P. FUNCK-BRENTANI. Embolie arteriose degli arti. — J. BOTTIN. Disidrataz. in chirurgia.

Clin. Chir., ott. — F. SCIACCA. Rivascolarizzazione del miocardio.

Lancet, 2 dic. — H. DAM e al. Vitamina K. — A. MACDONALD e G. M. STEPHEN. Alterazioni del sangue conservato.

Wien. Arch. Inn. Med., 20 nov. — E. LAUDA e G. STRITZKO. Piretoterapia delle enterocoliti. — F. BODAIS e R. KLIMA. Sintomi collaterali delle gastriti cron.

Settim. Med., 2 nov. — G. MARCUCCIO. Azione dell'ac. nicotinico su alcuni batteri.

Klin. Woch., 9 dic. — T. JAHR. Ipertonia maligna o nefrosclerosi maligna. — R. E. LIESEGANG. Modo d'azione degli espettoranti.

Med. Welt., 9 dic. — H. RUGE, A. BOHMEN. Morbo di Weil.

Deut. Med. Woch., 15 dic. — SCHNEIDER. Diagnosi di tbc. renale.

Rif. Med., 9 dic. — E. TRIMARCHI e S. CRISAFULLI. Metodo della lobelina per la determinaz. della velocità circolatoria.

Bull. Ac. Méd., 21 nov. — F. NITTI. Eliminaz. del p. aminofenilsulfamide applicato nelle ferite. Azione protettrice antimicrobica.

Münch. Med. Woch., 15 dic. — J. A. SCHNEIDER. Ipocalciemia. — H. GÄRTNER. Intossicaz. da calciocianamide.

Ann. d'Ig., dic. — B. MORREO. Potere agglutinante e accensioni in alta quota. — A. MURGIA. Colimetria nelle acque e negli alimenti.

Paris Méd., 2-9 dic. — Pediatria.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 10 dic. — V. MALANI. Valore fisiologico della splenocontraz.

Cl. Med. It., nov.-dic. — B. NOLLI, A. BOLOGNA. Tasso lipemico in svariate condiz. patolog. — E. POLI, G. TOFFANELLI. Cosidette sindromi epatorenali.

Wien. Arch. Am. Med., 15 dic. — F. W. LAPP. Patologia del ricambio nello xanthoma diabeticum. — S. KRAUTER e al. Auto-emo-agglutinaz.

Med. Welt., 23 dic. — V. SCHILLING. Natura allergica del focolaio infettivo. — W. STILL. Azione di deposito dell'insulina nativa.

Acta Pediatr. v. XXVII, Suppl. I. — L. SALOMONSEN. Morbus hemorrhagicus neonatorum.

Presse Méd., 19 dic. — R. LERICHE e F. FROELICH. Gangrena negli aneurismi obliterati degli arti. — D. FURTADO e X. MORAB. Sindrome di Cushirs.

Brit. Med. Journ., 16 dic. F. G. CHANDLER. Porfirinuria. — H. C. BROWN. Sierodiagnosi rapida del m. di Weil.

Deut. Med. Woch., 22 dic. — KRONER. Influenza intestinale. — ZETUN ENURESI. Trattam. con ormone masch.

Münch. Med. Woch., 22 dic. E. FRÖHLICH. Trattam. di sindromi emorragiche con ormoni sessuali.

Journ. A. M. A., 9 dic. — J. EVANS e T. D. SPIEX. Aspetti neurologici dell'ipovitaminosi B_1. — W. O. THOMPSON e N. J. HECKEL. L'ormone sess. masch.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 6 Maggio 1940 - XVIII Num. 18

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO A DECORRERE DAL 1° MAGGIO 1940

Singoli:	Italia	Estero	Comulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 80 —	L. 125	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 125	L. 180
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 60 —	L. 70	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 125	L. 180
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 60 —	L. 70	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.)	L. 165	L. 220

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, ***senza tassa,*** nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

BENEDETTO SCHIASSI

DI

BOLOGNA.

A che punto siamo nella cura delle ferite infette?
(comprese le fratture di guerra).

La natura può guarire con mezzi proprî; il curante dovrebbe sopratutto e sempre assecondarla.

Guidato da un concetto sostanziale nuovo che si allontanava dalle pratiche antisettiche correnti intese nel senso propriamente « disinfettante », *mi sembrò un tempo, intorno al* 1914-15, *di poter agire utilmente a cura di regioni in istato di reazione provocata da invasioni bacteriche ricorrendo ad apprestamenti particolari dai quali per molte ragioni*

La Concezione cui alludo fu quella di influire sui focolai con mezzi operanti « dalla profondità verso la superficie » *atteso che tutti gli sforzi che per anni avevo fatto, a simiglianza dei colleghi di tutti i paesi, adoperando gli antisettici più potenti e più diffusibili applicati nelle regioni infette* « dallo esterno verso l'interno » *non mi avevano condotto quasi mai a modificare in meglio il decorso delle localizzazioni morbose.*

Il prof. G. Benassi, Maestro di vasta e profonda cultura della Università di Bologna, nel chiamare la mia attenzione su di un discorso pronunciato in Londra da R. Leriche in occasione della cerimonia con la quale gli fu assegnata la medaglia « Lister » *del* 1939, *discorso che a me era sfuggito, notava che l'insigne chirurgo francese aveva messo in particolare rilievo la grande portata del* « principio » *pel quale conveniva ormai adoperarsi, per agire sulle flogosi in atto provocate dai patogeni, secondo la concezione identica messa innanzi e attuata poi ripetute volte da me, cioè con mez-*

come si era fatto da molto tempo, ma viceversa « dalla profondità verso la superficie ».

Il richiamo del prof. Benassi si riferisce a quanto è rimasto documentato dai verbali della Società Medica di Bologna ed in quelli della Società Italiana di Chirurgia radunata in Bologna nel 1917, *precisamente con queste mie parole*:

« *Sono parecchi anni che convinto della inu-* « *tilità di insistere più oltre nel voler* « disin- « fettare » *i focolai già profondamente infetti* « *con applicazioni locali di antisettici operanti* « *dallo esterno verso l'interno avevo cercato* « *di raggiungere i germi* « dalla profondità « verso la superficie » *con sostanze colloidali,* « *sieri specifici, ecc., ecc. giovandomi della* « *via delle vene; mi giovai anche delle arte-* « *rie... ma invano; ciò nonostante mi è parso* « *da considerare favorevolmente il principio di* « *influire sul focolaio* « dalla profondità ver- « so la superficie » (1).

Successivamente ripetevo:

« *I fatti osservati dopo introduzione di col-* « *loidi, di sieri, ecc., ecc. sia per le* vene *che* « *per le* arterie *mi dimostravano che gli ef-* « *fetti non erano bastevoli. Però gli insuccessi* « *non mi fecero abbandonare il pensiero es-* « *senziale che mi aveva guidato, cioè di ten-* « *tare di lottare contro le infezioni locali ope-* « *rando dall'interno verso l'esterno* » (2).

Risulta da questa documentazione che il Leriche ha richiamato tutto di recente nel suo discorso precisamente la mia veduta espressa nel 1915-16; *ma Egli se ne è poi allontanato in quella parte concernente le modalità di applicazioni che avevo dichiarato essermi riuscite quasi sempre inefficaci. Difatti egli ha creduto di assegnare una certa fiducia alla introduzione per le arterie di antisettici nella intimità dei focolai secondo la concezione* « dall'interno verso l'esterno » *ciò che fu attribuito al Goyanes ed a R. des Santos, ma che era già stata messa in atto da me più di vent'anni prima e dichiarata quasi costantemente infruttuosa* (3). *In cotali occasioni trattando la parte dottrinale e quella clinica, riferii e dimostrai che conveniva abbandonare oltre che le applicazioni esterne anche la introduzione di antisettici per le vene e per le arterie, ma che si doveva conservare e perseguire il* « principio » *di agire dall'interno verso l'esterno con lo utilizzare precisamente l'elemento naturale, il sangue, questo* « succo tutto peculiare » *come lo designava W. Göethe, sollecitandolo convenientemente dentro la compagine delle regioni infette nei suoi movimenti e nelle sue proprietà.*

Per tal modo si agiva non tanto ad offesa della vitalità dei germi quanto a difesa del « terreno » *in armonia col proposito di sviluppare un'opera terapeutica non in prevalenza contro gli* « aggressori » *come si faceva un tempo con sostanze* « disinfettanti » *e come avrebbe oggi di nuovo prospettato il Leriche, ma in favore dell'*« aggredito complesso organico »; *proposito del resto che mi era stato ispirato dal ricordo del pensiero che espresse L. Pasteur negli ultimi suoi giorni*:

" Aveva ragione C. Bernard: il bacterio è molto, ma il terreno è tutto ,,.

Può accadere in tutti i campi che certe idee innovatrici sfuggano all'intelligente attenzione delle maggioranze per il che non sono avvertite le possibilità del loro rendimento altro che attraverso lunghi periodi di anni e dopo ben ripetuti richiami (1); similmente è avvenuto per quanto concerne le idee da me espresse nelle circostanze che ho indicato. Mi sembra pertanto che non sia superfluo riparlarne qui in succinto, perchè si tratta delle principali e più frequenti forme morbose del corpo umano, il trattamento delle quali comprende un vastissimo campo oggi più che mai interessante della infortunistica civile e bellica ed anche perchè molte idee qui espresse benchè già ripetutamente notificate possono pei sanitari più giovani riuscire utili e quindi gradite.

REGIONI INFETTE IN « POTENZA ».

Il principio « *dalla profondità alla superficie* » non va applicato nel trattamento delle ferite infette « *in potenza* ». Se ne fa tuttavia qui un breve cenno.

Una ferita recente può nella immensa maggioranza dei casi esser presunta contaminata da patogeni e quindi in condizioni da essere poi esposta ad eventi infiammatori.

Il suo trattamento da praticarsi non oltre le prime 6-8 ore, dato che è lecito supporre che i germi siano ancora in gran parte dis-

(1) *Bull. Scienze Mediche*, 14 aprile 1916.

(2) Atti, Rendiconti. Società It. Chir. Bologna, 1917.

(3) Vedi anche, *Metodo vitalistico*, Poligrafico, Bologna, 1926. — *La iperemizzazione intervallare*: Policlinico, Roma, 1934.

(1) Nel campo della fisica occorse che trascorressero più di cinquant'anni prima che fossero riconosciuti i pregi dell'anello del Pacinotti; in quello dell'industria l'Ing. Taylor ha impiegato circa vent'anni per diffondere la bontà delle idee del Maupertuis sul « *minimo mezzo* ».

seminati in superficie, è proprio quello che dovrà essere condotto secondo i criteri antisettici listeriani. Sono da farsi inizialmente ripetute abluzioni con acqua ossigenata, bene idonea a scopo detersivo, specie se ciascuna abluzione sia seguita da una irrigazione di acqua sterile tiepida associata con insistenti ma delicate detersioni con batuffoli di cotone.

Ove la ferita si presentasse con molteplici anfrattuosità, con recessi contornati da tessuti in isfacelo, è indicato di praticare come primo tempo le detersioni suaccennate con l'aggiunta di copiose irrigazioni di soluzioni antisettiche. Sono da preferire, come dirò anche più oltre, i preparati a base di solfamidi clorate, dette cloramine. Fra i clorati organici un posto distinto va assegnato allo Steridrolo; immediatamente dopo conviene procedere con bisturi e le forbici a mettere la ferita « *a cielo aperto* »; poscia ripetere le pratiche detersive ed antisettiche.

La messa « *a cielo aperto* » deve essere molto accurata magari con l'ausilio d'una breve narcosi (cloruro di etile per inalazione) in modo da esporre la regione così da non dover ricorrere a drenaggi di nessuna specie che sono per lo più ad azione successiva insufficiente.

Sono da evitare le suture immediate ed anche quelle di semplice avvicinamento: le suture potranno, se mai, praticarsi dopo qualche giorno.

La regione sarà poi ricoperta con una medicatura alla garza avvertendo che questa non *aderisca direttamente* sulla ferita (il cotone è per lo più inutile) ma con adatti accorgimenti sia disposta a foggia di « *coppo* » o di « *ponte* » o « *di tetto* » sopra e sui contorni della lesione. Qualche chirurgo sarebbe favorevole alle suture immediate ed a lasciare scoperte del tutto le ferite fidandosi delle guarigioni sotto crosta. Ma le prime espongono al pericolo di rinchiudere germi eventualmente sfuggiti alle pratiche antisettiche, le seconde al rischio di assistere poi allo sviluppo di flogosi dovute a contaminazioni da bacteri, specie in ambienti ospedalieri, come pur troppo di frequente e gravemente fu lamentato nelle epoche prelisteriane.

La revisione della ferita sarà fatta dopo due o tre giorni.

La parte compromessa sarà posta quindi possibilmente ed al più presto in elevazione con lo scopo di contenere nel suo minimo la circolazione *venosa* che in questi casi tenderebbe verso l'iperemia passiva ognora impropria alla difesa e alla restaurazione della regione in patimento.

È sempre da osservare poi la norma generale dell'assoluto riposo in rigorosa immobilità della regione, ogni movimento essendo capace di produrre sensazioni dolorose e contrazioni muscolari spesso nocive attraverso quel determinismo per il quale il dolore nuoce alla circolazione sanguigna ed interstiziale dei distretti infetti; ciò di cui dirò più oltre in modo particolare.

Ferite o regioni già in fase di reazione infiammatoria.

Il Leriche all'inizio del discorso di cui ho più sopra fatto parola, rivolgendo l'attenzione al trattamento antisettico delle ferite di già *in fase di reazione infiammatoria* si è posto il quesito:

« Où en sommes-nous aujourd'hui à ce sujet? » ed ha rilevato che sino al 1914 noi non possedevamo quasi alcuna dottrina sulla evoluzione delle ferite infette. Negli anni susseguiti al 1914 nonostante i successi che si credette di ricavare dall'uso delle più svariate sostanze chimiche, dagli ipocloriti alle essenze ed alle sostanze coloranti quali il mercuriocromo, il rubiazol e simili l'esperienza ha consacrato la presso che completa, si direbbe oggi, « *inflazione* » dell'antisepsi. Così che quelli che si potrebbero chiamare « *condimenti antisettici* » delle regioni infette non hanno corrisposto alle presunzioni che sembrava si dovessero ricavare specialmente dalle esperienze di laboratorio.

Esposi nelle pubblicazioni citate com'era da interpretarsi cotale insuccesso desunto da questo postulato assoluto. « Una sostanza battericida per offendere un germe bisognerebbe « che fosse portata « *a contatto diretto* » col « germe stesso per un tempo sufficiente ed in « una concentrazione adatta » (1).

Ora questa condizione è avverabile solo quando il germe sia presente in superficie ma quando la penetrazione di esso **è avvenuta** in mezzo alle cellule viventi, le cellule stesse hanno circondato l'invasore e lo hanno compreso in una specie di capsula inclusiva, per il che un diaframma di sostanza organica s'infrappone per escluderlo da ogni « *contatto diretto* ».

Questa è la ragione principale, oltre altre secondarie, dalla quale trassi la interpretazione degli insuccessi miei e di tutti i chirurghi che vennero in passato tentando i « *condimenti disinfettanti* » sia effettuati con applicazioni locali come per iniezioni endo-venose od endo-arteriose od interstiziali.

---

(1) Vedi: Rendiconti. Atti Soc. It. Chir. Napoli 1921.

Qualche chirurgo anche di recente ha voluto riprendere il tentativo di combattere la vitalità dei patogeni in sede di flogosi più o meno inoltrata ricorrendo ad iniezione di antisettici per la via oltre che delle vene anche delle arterie. Tra gli altri ricordo un De Fourmenstreaux che ha riferito d'aver perfuso in collaborazione con un Fredet varie sostanze, come il violetto di genziana, la gonacrina, l'argento colloidale e soprattutto il mercuriocromo; iniettarono essi le varie sostanze nella femorale, nella carotide, nell'aorta (raggiunta questa per via posteriore con iniezione transcutanea a livello della XII dorsale) e trattarono così anche una serie di ulceri varicose della gamba (!!) sconfinando cervelloticamente dal criterio caratteristico del metodo. Ma i risultati furono in ogni caso così poco probativi che questi AA. si sono sentiti solo autorizzati di definirli timidamente come « *incoraggianti* ».

In realtà è da reputarsi che si tratti di un metodo ad effetti molto dubbi, oltre che per la ragione che ho già prospettata, anche perchè di mano in mano che la sostanza viene iniettata si diluisce nel sangue e nei liquidi interstiziali dove viene in parte decomposta o fissata, sì che il « *quanto* » che può pervenire in vicinanza dei batteri non è in concentrazione adatta da esercitare effetti deleteri sufficienti.

In seguito alle iniezioni di simili sostanze si è creduto di desumere una prova favorevole dalla vista dell'ambiente colorato, il quale doveva rendere impossibile la vita dei batteri similmente all'ambiente di un contenuto di provetta di laboratorio; ma si trattò sempre di visioni-comparazioni fallaci.

Fu registrato bensì qualche caso clinico a decorso favorevole, ma non così dimostrativo da offrire elementi veramente sicuri; se mai si potrà supporre che si trattasse di qualche raro esempio di « *immunità chimica* » raggiunta con mezzo chimico per l'intervento di modificazioni umorali-tissurali come quelle che Schütz, Berhing ed altri ricavavano con il cloruro d'oro, l'abrina, la ricina, ecc., ecc. contro la difterite od altri morbi infettivi, nei quali casi si tratta di fenomeni biologici eccezionali che nulla hanno a che fare con la pratica « *disinfettante diretta* » simile a quella di cui qui si è andato discorrendo, così eccezionali da non potersi ammettere quale criterio in una terapia generalizzabile.

A proposito delle pratiche applicate in sede di flogosi con mezzi chimici sono da ricordare quelle messe in atto con acido fenico, con sublimato, con alcool, ecc., ecc. magari in forma dei cosiddetti « *impacchi* ».

Su coteste pratiche già richiamai una particolare attenzione scrivendone nella Relazione che esposi al Congresso di Napoli 1921:

« L'annientamento dei patogeni indovati nei « tessuti viventi *già in preda alla flogosi* per« seguito con l'applicazione locale di sostanze « antisettiche solide, liquide o gassose è un « fine che non si è *mai raggiunto* e forse *non « si raggiungerà mai...* ».

Alcuni colleghi presenti a quel Congresso, ricorderanno le discussioni molto vivaci che suscitò questo mio dire reciso ma promosso da una convinzione ben salda, desunta dall'osservazione di fatti positivi specialmente di ordine clinico: ed oggi il Leriche proprio in una cerimonia Listeriana ha riconfermato la sostanza di quanto esprimevo nel 1921.

In argomento di propinazione di sostanze chimiche a fini antibacterici è stata largamente diffusa in questi ultimi anni una iniziativa di G. Dogmagk: quella di introdurre la sulfamide in un organismo invaso localmente od in tutta l'economia da svariati tipi di cocchi ed anche di bacilli.

Nulla si sa sul meccanismo d'azione, essendo la sulfamide stata introdotta insieme con un elemento azoico (Prontosil), a questo fu attribuita un'azione specifica antibacterica, ma poi fu visto che tolto il colorante azoico gli effetti erano i medesimi. Fu supposto allora che la sulfamide rendesse i germi vulnerabili e facile preda dei fagociti, oppure che essa fosse capace attraverso ossi-riduzioni di produrre elaborazioni vitali di distanze atte ad uccidere poi i bacteri.

Ma si tratta di ipotesi.

Non per iniezioni sottocutanee o intramuscolari dovrebbe farsi la somministrazione, ma per bocca a mezzo di compresse da 50 centg. ciascuna da prendersi da 4 a 6 al giorno ad intervalli di 4 ore, preferibilmente non a stomaco vuoto, con un po' d'acqua addizionata a bicarbonato di soda; ciò per 5-6 giorni; dopo tre giorni di riposo si può ripetere un altro ciclo di cura per altri 4-5 giorni.

Per quanto questa cura sia stata giudicata favorevolmente, pure qualche successione morbosa e l'incognita che tuttora avvolge il determinismo d'azione di questa sostanza hanno indotto qualcuno a reputare che si debbano attendere ulteriori dimostrazioni Cliniche prima di assegnare una decisa fiducia a questa chemioterapia, per evitare che non si ripetano ancora quelle illusioni che seguirono ad altre

chemio-terapie; nel campo della medicina non è possibile camminare utilmente se non a passi cauti.

Il Leriche nella enumerazione dei prodotti chimici che hanno fallito ha compreso anche il liquido di Däkin che venne conquistando presso un gran numero di chirurghi una larghissima fiducia, che conserva in parte tuttora, nonostante che si sia affermato forse con eccessiva severità che il metodo Däkin rappresenta il più grosso blüff terapeutico americano che sia stato divulgato durante la guerra 1914-1918; nonostante altresì che il nostro Giannettasio si sia adoperato con molta insistenza a rilevarne ed a correggerne le gravi manchevolezze.

Gli è che questo metodo sedusse la mente della maggioranza dei terapisti in quanto fu presentato con un argomento che sembrava valido ma non era altro che specioso: difatti darò in breve la dimostrazione di quanto scarso fosse il fondamento scientifico di tale argomento. Adduco due dati di fatto ben sicuri:

— Il liquido Däkin ha una composizione labilissima e quindi è incostante nell'azione, sì che quando il Chirurgo lo applica sulle ferite fidando sullo sviluppo del cloro, questo sviluppo o non si avvera affatto, o si avvera solo molto affievolito; perciò gli effetti germicidi vengono in tutto od in parte a mancare come se si adoperasse un liquido qualsiasi semplicemente detersivo:

— Il liquido Däkin ha un Ph fortemente alcalino per il che si deve ammettere che ciò costituisca una condizione capace di danneggiare l'integrità dei tessuti, atteso che è notorio che fra le sostanze chimiche acide, alcaline, saline, quelle che sono più offensive, se portate a contatto con la materia vivente, sono le *alcaline* più che le acide, com'è notorio persino in base all'osservazione popolare delle lesioni cutanee alle mani dei lavandai che adoperano saponi fortemente alcalini.

Ora questi due ordini di fatti distruggono in pieno il valore dei due motivi con che si voleva raccomandare il Däkin: « *annientamento dei patogeni e rispetto dei tessuti* », in quanto, si ripete, per il primo si deve concepire una certa diffidenza (labilità di composizione del liquido), per il secondo si deve temere piuttosto capacità nocive che ammettere il rispetto dei tessuti (presenza di forte alcalinità).

Allo stato attuale delle conoscenze è da reputarsi che, come ho già accennato, i preparati a base di sulfo-amidi clorate giustamente da prescegliere siano quelli italiani, che come il liquido Giannettasio o lo Steridrolo Molteni-Alitti offrono ottime garanzie quali preparati ben definiti ed inalterabili, con un Ph giustamente alcalino e sicuramente germicidi (*ma sempre e solo in superficie*) e di certo inoffensivi per i tessuti.

Al Congresso di Bologna del 1917 che ho prima citato, nel rimettere in evidenza senza esser capito dalla maggioranza dei convenuti, la inutilità di quella che chiamai « *Chimiatria antisettica* » comunicavo che avevo pensato di « utilizzare l'elemento naturale siero-ematico « che impiegato opportunamente doveva costi« tuire una forza operante contro le offese dei « batteri ».

Vi ero stato indotto da riflessioni con le quali avevo considerato quanta parte doveva avere l'elemento « terreno » quando al sopraggiungere del germe invasore fosse sostenuto nelle sue energie reattive dall'apparato nervoso e vascolare generale e soprattutto locale.

Il mio pensiero muoveva dal come mi sembrava si dovesse intendere l'evento infiammatorio:

«*L'infiammazione è la risultante di un com-« plesso di azioni e reazioni della* **sostanza « vivente** *che con poteri peculiari di* **auto-« regolazione** *insorge contro i batteri che ten-« dono a turbare il suo equilibrio anatomo-« funzionale* ».

Sono convinto che questa mia definizione che prospettava allora una menomazione del dogma esclusivamente bacterico della malattia infettiva, dogma che sembra occupare anche al presente la mentalità di molti medici, esprima anche oggi in modo appropriato il così detto « *giuoco della malattia* » che si svolge fra due fattori: bacterio da un lato e sostanza vivente dall'altro, e che attribuendo al potenziale più o meno vigoroso di quest'ultima l'esito di cotesto « *giuoco* » si ottenga di assumere una visione molto vicina alla verità e quindi sulla guida di essa si possa ricorrere a provvidenze curative, rivolte più che contro il batterio a conferire maggior vigore alla sostanza vivente con fondata ragione di conseguire i massimi benefici.

A rivolgere poi una particolare attenzione alla materia vivente, si è autorizzati anche dalla considerazione di quel solenne fenomeno che è la « *immunità naturale* » la quale esprime con certezza che le organizzazioni somatiche hanno il potere di rimanere del tutto indifferenti anche quando accada che vi giungano a contatto dei germi i più virulenti, tanto è vero che possono esservi individui « *por-*

tatori » di patogeni che si conservano in perfettissima salute precisamente in forza della loro immunità naturale.

La veduta espressa dalla riportata definizione mi invitava quasi necessariamente a porre il seguente problema terapeutico.

Se la sostanza vivente è l'elemento arbitrale della infiammazione, in quei casi in cui dessa si manifesta ricettiva ai batteri si può ricorrere ad un mezzo rivolto a conferirle tali energie da resistere agli invasori, piuttosto che indugiarsi, spesso inutilmente, a voler rendere inattivi gli invasori stessi?

Molto si è ottenuto in questo senso per mezzo di sieri e vaccini, anche secondo le teorie dell'Ehrlich, a mezzo di sostanze chimiche con le quali (R. Hilgermann) si otterrebbe una specie di immunizzazione attiva; anzi in base a questa concezione il comportamento curativo sarebbe volto verso il campo della immuno-terapia, cioè verso l'incremento delle difese organiche più che verso l'annientamento *diretto* dei germi. Ma cotale comportamento non si è dimostrato in generale così valido come si sarebbe presunto e richiesto.

Una orientazione terapeutica volta in questo senso fu già concepita da G. Coronedi quando si propose di eccitare i mezzi di difesa degli organismi ricorrendo alla somministrazione d'*ossidasi* che rappresentano nel campo fisiologico e in quello della chimica biologica sostanze capaci di esercitare cotali eccitamenti. Si giovò egli della somministrazione sottocutanea dell'idrato di manganasi colloidale stabilizzato manganese e le prove Cliniche che furono condotte in oculistica ed in chirurgia generale specialmente dal Gallenga, dall'Alamanni e da altri sono apparse favorevoli. Ma di ciò io non ho esperienza bastevole per un giudizio attendibile.

Seguendo la stessa orientazione mi sembrò a suo tempo che un mezzo bene efficiente in tal senso fosse rappresentato dal sangue quale elemento in verità « *tutto peculiare* », in quanto esso è il centro del sistema vegetativo; è un elemento costituito da un tessuto fluente per tutto l'organismo al quale sono affidate in più di quella funzione ossidativa, cui aveva rivolto l'attenzione il Coronedi, anche un complesso di funzioni nutritizie e di depurazione che presiedono a tutto il metabolismo vitale della materia, e quindi un mezzo che opportunamente utilizzato ha la proprietà di esaltare le capacità energetiche della sostanza vivente.

Conviene riflettere che sono varî i momenti secondo i quali il sangue compie in seno ai tessuti le sue funzioni; di questi momenti uno dei più ragguardevoli è quello che concerne precisamente il fenomeno biologico della « *respirazione interna* » che sia per la sua costanza nelle sue fasi, sia per la sua indispensabilità consistente nella ossidazione cellulare, sia infine per le sue conseguenze anatomiche e funzionali è di una importanza cospicua in quanto senza di essa non può sussistere la vita.

Per convenire nella sua indispensabilità basta pensare, ad esempio, alle conseguenze che si manifestano sulla funzione e sulla integrità del tessuto nervoso e specialmente della sostanza nervosa del cervello, la quale solo che rimanga anche per brevissimo tempo priva di irrigazione-ossidazione sanguigna può risentire un danno tanto funzionale che anatomico da essere difficilmente riparabile.

D'altra parte se si rifletta alle modificazioni volumetriche e secretive che possono sopravvenire, ad esempio, in una tiroide quando per impulsi nerveo-vascolari si istituiscano per un certo tempo movimenti di sangue con caratteri di particolare vivezza, si riconoscerà agevolmente che in queste condizioni è precisamente dato all'elemento « *sangue* » di promuovere nella intimità dei contesti anatomici un maggiore rigoglio tissurale.

Queste nozioni vanno qui richiamate in quanto racchiudono nei riguardi della Clinica Generale e quindi anche nella cura speciale delle infezioni, un significato teleologico della più alta importanza. Cotali nozioni hanno un rapporto intimo con l'idea che ho messo innanzi, di rivolgerci cioè al sangue come mezzo operante « *dall'interno verso l'esterno* » per promuovere la intensificazione dei processi chimici, fisici e vitali in favore della compagine organica contro gli invasori, atteso che per tal modo è dato ottenere:

— effetti di trasformazione e di incremento di energia potenziale dei tessuti;

— effetti di restauro cellulare;

— effetti di incessante neutralizzazione-eliminazione di sostanze tossiche.

Ma come comportarsi nelle applicazioni *pratiche* ispirate da questi dati scientifici?

Ci si deve orientare sopratutto considerando il comportamento della circolazione sanguigna nella regione in cui si stia svolgendo la reazione organica al sopraggiungere della invasione microbica.

In un primo tempo suole manifestarsi in tutta la regione una *iperemia attiva* per cui il sangue trascorre in maggior copia e con accresciuta velocità, ma in seguito in una parte dei capillari il sangue rallenta la sua velocità

per dar luogo ad una *iperemia passiva*: questa si determina prevalentemente al centro della regione dove corpuscoli e siero vengono trattenuti mentre la *attiva* si istituisce, anzi si diffonde vivacemente per un largo tratto alla periferia del focolaio apportando numerosi elementi serici e corpuscolati sempre nuovi.

Questi movimenti del sangue che si svolgono nella regione ha un tale significato teleologico che il terapeuta non dovrebbe omettere di tenere in grande considerazione per valutarne esattamente e proficuamente la portata; si tratta di una provvidenza cui la natura ricorre a fini difensivi contro gli aggressori e che per così dire invita il curante ad *assecondarla*.

Per quanto in passato mi sia adoperato a sollecitare i colleghi a riconoscere la giustezza di una direttiva terapeutica rivolta a favorire la natura nel senso ora prospettato in base alle ragioni scientifiche più sopra ripetute, pure ben pochi condivisero le mie vedute e se qualcuno assegnò alle pratiche iperemiche qualche accoglimento, ciò fece con quella convinzione molto superficiale che accompagna molte volte gli atti empirici, senza cioè penetrare con la sua intellettualità nella essenza determinatrice del provvedimento.

Ciò dovette forse anche dipendere da che nelle mie molteplici pubblicazioni compresa quella in « *Annals of Surgery* » del 1° gennaio 1925 io non riuscii ad uniformarmi al dettame del Condillac « *farsi bene intendere* » come non dovetti riuscirvi con quello scritto dal titolo « *un filone* » per alludere a questo metodo di massimo valore.

Un chirurgo molto ingegnoso, A. Bier, anni sono aveva creduto di assegnare alla iperemia passiva un ufficio preminente nella difesa contro i danni dei germi patogeni, ma si trattò di una assegnazione errata specialmente perchè egli non tenne conto del dato fisiologico fondamentale per il quale la materia vivente quando sia offesa resiste più agevolmente agli agenti nocivi ed assume una maggior capacità di reintegrazione se siano più attivi gli effetti funzionali della respirazione interna. Il diminuito trasporto di ossigeno e di materiali nutritivi ai tessuti, come avviene nella iperemia passiva, determina nella regione una condizione capace di ostacolare le ossidazioni e la nutrizione dei tessuti turbandone l'equilibrio molecolare: donde si comprende, come dimostrai altre volte, la ragione per cui le proprietà assegnata da A. Bier a questo genere di iperemia non ebbero e non potevano avere, favorevoli esplicazioni (1).

Per rispondere alla domanda *come* usufruire del sangue quale apportatore di beneficio ad una regione in patimento per contaminazione microbica, credo di poter affermare che conviene perseguire la indicazione offerta dal complesso circolatorio in quella precisa completezza con la quale la *natura* si esprime e quindi assecondarla anzi invitarla ad una maggiore efficenza affinchè le due iperemie siano tese verso un « *damusque petimusque vicissim* ».

Credo di essere autorizzato ad insistere su questa affermazione anche perchè da essa promana una indicazione curativa che è rivolta non tanto ad annientare i patogeni quanto a conferire vigore al complesso cellulare attraverso a quella « *auto-regolazione* » che ho più sopra richiamato nella mia definizione del processo infiammatorio per alludere alla possibilità della natura di « *guarire coi propri mezzi* ».

Talchè questo provvedimento obbedisce al grande principio a suo tempo elaborato sotto l'ombra del platano di Coo:

" Una cura per essere proficua deve tendere ad essere naturale ,,

principio questo di recente messo in luce anche nei Congressi dei nostri giorni fra i tre grandi dettami rimasti cardinali dopo la eliminazione delle molteplici sovrastrutture che erano state aggiunte nei tempi passati alle originarie dottrine Ippocratiche. Si tratta di un principio di cui l'immenso valore è riconosciuto da tutti gli studiosi moderni perchè risponde in pieno a quello che si può designare come un fecondo « *ringiovanimento* » del concetto Ippocratico per il quale partendo dalla considerazione basale che il problema della malattia infettiva ha due aspetti, batteriologico e fisiologico, esogeno cioè ed endogeno, si esclude il dogma esclusivamente bacterico della malattia e si ammette l'importanza preminente della fisiologia patologica. Ond'è che l'opera del curante oggi dovrebbe esser rivolta più alla compagine organica che al germe, in armonia anche con quanto fu espresso da L. Pasteur nel rievocare il pensiero di C. Bernard con la frase che ho già riportato letteralmente:

" Il bacterio è molto ma ,,
" il terreno è tutto ,,

---

(1) Apte-Diu. Edit. Orlandini. Modena, 1921-22.

I MEZZI.

I mezzi per sollecitare le iperemie ad una maggiore e più appropriata attività sono molteplici, tutti operanti attraverso a stimolazioni nervose e a produzioni di calore (1).

Una visione sintetica degli effetti, può essere prospettata così:

A) Intensificazione delle energie potenziali ed attuali della materia organica;

B) Abbondante infiltrazione di siero negli interstizi dei tessuti da cui deriva una minore percettibilità ed una minore capacità di conduzione delle sensazioni dolorose:

C) Una maggiore efficienza delle azioni batteriolitiche ed antitossiche locali per opera del plasma-siero in maggior copia perfuso;

D) Dalla maggiore attività circolatoria deriva una eccitazione dei fenomeni istogeni di difesa prima e successivamente di neoformazione di tessuto embrionale favorevole alle restaurazioni.

La proprietà della iperemizzazione che ho segnalato in *B*) circa l'attenuazione del *dolore* ha una influenza enorme sui fatti circolatori *insospettata finora* da tutti gli studiosi; ne farò più oltre qualche parola.

In tutti gli apprestamenti a base di calore un punto che deve essere tenuto in gran conto e quindi molto rigorosamente curato è quello che concerne la durata della applicazioni che devono essere « *intervallari* » in conformità della legge dell'« alternanza » che è universale, come il sonno e la veglia, per tutti i viventi. Nel complesso biofisico e biochimico di ciascun organismo, come nelle manifestazioni attinenti ai singoli organi, esiste una tendenza costante originaria per cui ad una certa vivezza di funzione succede una fase di quiescenza. Si tratta di una « *necessità biologica elementare* », verosimilmente perchè gli organismi e rispettivamente gli organi nell'assolvere i loro compiti funzionali sono esposti ad un certo grado di esaurimento; conviene perciò che ad ogni periodo di attività succeda una fase di riposo riparatore. È necessario pertanto tenere in gran conto questo « *bisogno fisiologico* » quando ci si proponga di elevare col calore il potenziale delle energie cellulari favorendo quella che già chiamai « alternanza fisiologica » che si svolge in gran parte sotto il congegno e ad azione peculiarmente alternante dei riflessi nervosi.

In quanto alla *intensità* delle applicazioni di calore è importantissimo tener presente che il grado non deve essere molto elevato perchè se è eccessivo può determinare chiazze cutanee indelebili ed in talune circostanze anche vere ustioni non avvertibili dagli infermi quando le parti trattate siano in fase di edema anestetizzante; poi perchè un movimento di sangue forse eccessivamente vivace può forse dar luogo alla rimozione dal focolaio di batteri sia liberi che inclusi nei leucociti, ma non ancora da questi offesi, che sospinti nella grande circolazione possono suscitare in lontane regioni del corpo nuovi focolai.

Gli apprestamenti capaci di maggior rendimento sono i bagni locali o quelli generali, ma deve esser **bene inteso come** dessi agiscono.

Questo dico perchè mi è avvenuto già molte volte intrattenendomi con colleghi su questo argomento, di rilevare che è venuta in generale a mancare la comprensione esatta delle intime ragioni per le quali questi bagni riescono fecondi di tanto beneficio.

Il Graziadei in *Riforma Medica*, 1925 nel voler interpretare gli effetti favorevoli ottenuti coi bagni da Schiassi, sembrò condividere l'opinione di altri AA. che cotali effetti derivassero da proprietà anti-batteriche dei metalli con cui erano costruite le vasche; donde la constatazione ch'egli faceva del progressivo scemare dei germi contenuti nel liquido di immersione anche quando in questo non erano disciolte sostanze antisettiche.

Un Gerarca della Chirurgia nell'osservare in un mio reparto certi infermi in corso di trattamento di ferite infette mediante i bagni si espresse col dire: *Già, già, si tratta dei bagni « disinfettanti » che si facevano al tempo della guerra franco-prussiana.*

Vale a dire che il Graziadei come quel Gerarca, come tanti altri, si soffermavano su constatazioni superficiali o su interpretazioni sommarie ed unilaterali senza cercare **di vedere più oltre** nella intimità dei fenomeni che si svolgevano per opera dei bagni fra i due elementi: bacterio-sostanza vivente. Se la ricerca batteriologica svelava che in seguito al bagno la flora diminuiva, bisognava indagare se il bagno stesso più che agire nel senso oligodinamico *diretto* sui germi, avesse promosso nelle parti immerse tali tramutazioni da rendere l'ambiente tissurale non più idoneo alla

(1) Si possono citare i revulsivi in generale, compresi la diatermia e gli apprestamenti elettrici affini come le onde corte, ecc.

vita dei germi che in progressiva diminuzione si trovavano nell'acqua dei bagni; allora con una interpretazione più attendibile avrebbero ammesso che i bagni attraverso influenze chimiche-fisiche-biologiche (sopratutte forse vascolo-nervose) intervenivano nel senso di conferire al « *terreno* » tali proprietà da rendere l'ambiente tissurale non più idoneo alla permanenza ed allo sviluppo dei bacteri.

I momenti biologici attraverso ai quali si svolgono le azioni benefiche dei bagni si possono, a mio avviso, prospettare così:

1) I bagni promuovono coi movimenti del sangue vivace ossidazioni-nutrizioni cellulari con effetti vitalistici in tutto l'insieme anatomo-funzionale della regione in sofferenza:

2) Coi bagni è ottenibile, come con nessun altro mezzo, una edemizzazione intensa e quindi un duplice effetto: anestetizzante ed alessinico:

3) Si utilizza col bagno, specialmente generale, come ridirò, l'immensa risorsa dell'eccitamento sulle molteplici azioni e reazioni del mantello cutaneo in favore di tutto il complesso organico da cui derivano ripercussioni benefiche anche sulle regioni in particolare sofferenza.

In considerazione di così cospicui effetti sarebbe da augurarsi che ogni medico, emancipando il suo intelletto da quella che dovrebbe essere ormai superata « *ipoteca antisettica* », cercasse di capir bene il valore di questo trattamento e lo applicasse di elezione nella pratica corrente, come sarebbe desiderabile che ogni reparto Ospedaliero Moderno di Chirurgia fosse fornito dell'impianto speciale di bagni con addetto un personale all'uopo addestrato per questa terapia come nessun'altra, per ora, di così alto rendimento (1).

Il bagno locale.

Ho fatto costruire gli apparecchi di cui alle figure annesse.

Il liquido non deve essere la sola acqua sterile (macerante); è preferibile una soluzione ipertonica.

Cloruro sodio	gr. 8
Cloruro K	» 0,30
Cloruro Ca	» 1
Steridrolo (mezza compressa al 20 % di cloro attivo)	
Acqua	» 1000

(1) Oggi in cui si dedicano agli Ospedali somme ingenti per la costruzione di edifici talvolta lussuosi od all'acquisto di presidî terapeutici non di rado superflui, le spese richieste da questi apparati dovrebbero esser fatte senza difficoltà dagli Enti amministrativi.

Non devono essere usate soluzioni più concentrate in cloro attivo perchè riuscirebbero irritanti per i tessuti e dar luogo così ad inconvenienti che si attribuirebbero al medicamento mentre sarebbero dovuti a chi lo adopera.

Le sostanze quali il Ca e il K sono immesse nella soluzione perchè i cationi calcio-potassio-sodio associati concorrono a mantenere le proprietà fisiologiche dei tessuti viventi, ciò che è particolarmente utile in casi di ferite aperte ed infette.

Fig. 1. — Bagno a cura di localizzazione flogistica dell'arto superiore. Durata dalle 3 alle 5 ore in alternanza con uguali periodi di riposo. Nelle pause l'arto è posto in atteggiamento di elevazione.

Lo steridrolo nella piccola dose indicata, non di più, è sufficiente per conferire al liquido proprietà antisettiche contro quei germi che fossero occasionalmente presenti *in superficie*.

Gli apparecchi devono essere provvisti di un doppio fondo ad evitare eventuali ustioni avverabili per contatto della regione immersa col fondo dell'apparecchio sotto il quale arde una lampada.

Il termine medio per la durata del bagno è di 3-5 ore cui seguirà un periodo di riposo.

La temperatura del bagno deve essere regolata fra i 37, 37,5, 37,8 e sorvegliata di continuo e con rigore.

I focolai devono essere bene aperti, senza drenaggi.

Nei periodi intervallari la regione compromessa va semplicemente coperta con garze sterili preferibilmente situata a foggia di *coppo* o di *ponte*. Nell'atto della successiva immersione se le garze avessero aderito non vengono rimosse, ma la regione viene immersa con le garze stesse che si lasceranno staccare gradualmente e dolcemente per l'azione del liquido e per l'opera espulsiva degli umori.

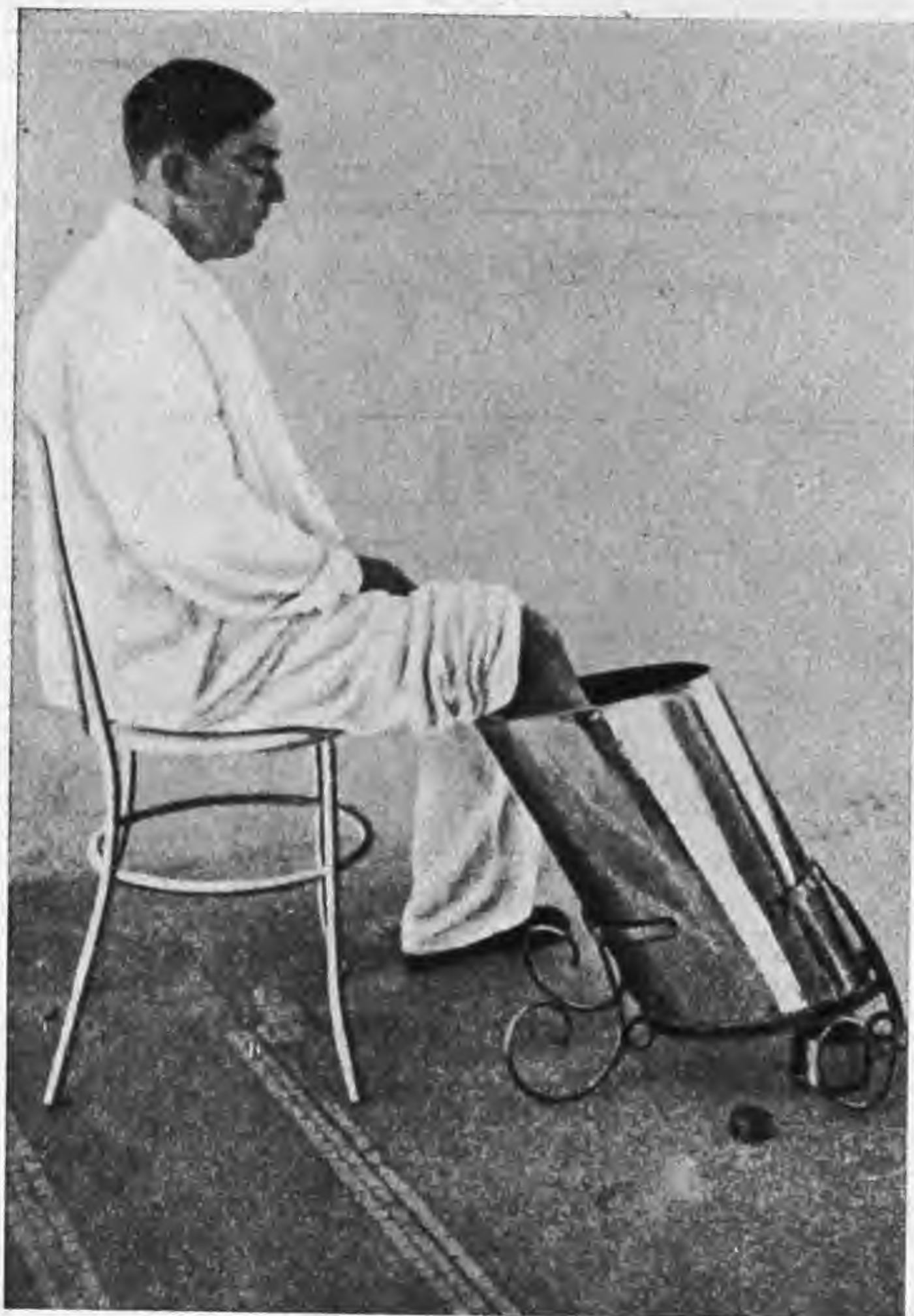



FIG. 2. — Bagno a cura di localizzazione flogistica in arto inferiore. Durata dalle 3-5 ore in alternanza di uguale periodo di riposo. Negli interventi l'arto è posto in atteggiamento di riposo sopra un'apparecchio di Zuppinger o simile.

Nei periodi intervallari è molto utile collocare la parte *in elevazione*. Qualcuno ha pensato che cotesta utilità fosse dovuta a che con ciò si favorisce lo scarico del siero-plasma; ma ciò è solo un vantaggio parziale; il maggior vantaggio deriva da che l'elevazione corregge la iperemia passiva e si rende così più efficiente l'apporto di sangue arterioso; si aumentano allora i processi di ossidazione-nutrizione della parte.

Per tutta la durata della cura è indicato il riposo assoluto, riposo della parte non solo ma di tutto il corpo, qualunque sia la regione in patimento; la difesa organica e la restaurazione locale sono sempre più favorite quanto più il corpo sia mantenuto in letto che è la migliore condizione perchè tutte quante le forze del complesso organico concorrono all'impiego di un massimo di potenziale difensivo e riparatore.

(*Continua*).

TECNICA DI LABORATORIO

ISTITUTO DI MICROBIOLOGIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. V. PUNTONI.

L'agglutinazione macroscopica rapida mediante centrifugazione applicata alla dissenteria batterica.

Dott. GEO RITA.

In molte indagini batteriologiche e sierologiche la rapidità di risposta dell'esame riveste carattere di grande importanza. È per questo che sono sempre ben accetti i metodi che senza compromettere i caratteri di specificità delle varie reazioni ne abbreviano notevolmente i tempi.

Ispirandosi a questo principio Gaehtgens nel 1906, propose un metodo di agglutinazione macroscopica rapida che permette la lettura della reazione dopo soli 10 minuti dal suo allestimento. La modificazione proposta dal suddetto Autore consiste nel centrifugare a 1500 giri per 10 minuti le provette nelle quali si sono distribuiti, così come si usa per la prova classica dell'agglutinazione, le varie diluizioni del siero e la sospensione dei germi. Subito dopo si scuotono i tubi in modo da risospendere il sedimento batterico formatosi e si pratica la lettura della reazione.

Gaehtgens confermò i buoni risultati del suo metodo in altre successive note, ma per molto tempo le sue ricerche rimasero dimenticate e solo in questi ultimi anni altri AA. si sono occupati dell'argomento. Quasi tutti si trovano in accordo nel sottolineare la sensibilità e la specificità del metodo (Müller, Pfeiler, Wladimiroff, Le Guyon, Zotti, Bessler e Martelli). Solo Lenzi nel 1937 trovò che men-

tre con sieri ad alto titolo agglutinante il metodo risponde bene, con sieri a basso titolo si hanno risultati negativi o incerti.

Da tutti questi AA. il metodo di Gaehtgens dell'agglutinazione rapida è stato applicato solo a poche malattie. Le ricerche più vaste si riferiscono al tifo, paratifi, melitense (Gaehtgens. Le Guyon, Zotti, Lenzi, Bessler), poche alla identificazione del meningococco e del pneumococco (Gaethgens, Le Guyon). La dissenteria batterica, da questo punto di vista, non è stata oggetto di particolare studio se si eccettuino alcune prove di batteriodiagnosi eseguite da Martelli su stipiti di collezione.

Avendo noi avuto occasione di studiare dall'ottobre 1938 al dicembre 1939 in Roma 87 bambini affetti da sindrome dissenteriforme (vedi Rita e Cammarella, lavoro di prossima pubblicazione sugli Annali d'Igiene) abbiamo creduto utile applicare su vasta scala nella dissenteria il metodo di Gaehtgens sia per l'identificazione dei germi isolati dalle feci dei pazienti, sia per le sierodiagnosi.

Nel nostro caso particolare la ricerca batterio-diagnostica è quella che rivestiva maggiore importanza in quanto la dissenteria batterica è malattia che nella sua fase iniziale si diagnostica in modo sicuro solo con l'isolamento del germe. E d'altra parte è necessario che il microbio isolato venga identificato nel minor tempo possibile, sia per dare modo al clinico di trattare i pazienti con la terapia più opportuna, sia anche, nei riguardi della collettività, per la pronta adozione delle misure profilattiche del caso.

A questo scopo i risultati più rapidi e più attendibili vengono forniti dalle prove agglutinanti. Però le agglutinazioni dei germi atrichi richiedono per lo più maggior tempo che quelle dei germi ciliati, ed in genere la lettura si pratica dopo 24 ore.

Risulta quindi evidente l'importanza di un metodo che permetta l'identificazione sierologica del germe in pochi minuti.

La sierodiagnosi nella malattia in questione riveste invece carattere di secondaria importanza. Infatti gli anticorpi agglutinanti raramente compaiono in circolo prima della seconda settimana di malattia e quando sono svelabili non sempre permettono di individuare con sicurezza il tipo di batterio dissenterico che sostiene l'infezione. Inoltre non bisogna dimenticare che in un certo numero di casi di infezione dissenterica la sierodiagnosi risulta negativa.

Noi abbiamo applicato l'agglutinazione macroscopica rapida per l'identificazione di 46 ceppi di bb. dissenterici isolati dalle feci e per 25 prove sierodiagnostiche.

Le diluizioni dei sieri venivano preparate in comuni provettine da sierodiagnosi (altezza 7 cm., diametro 1 cm.). Quindi si aggiungeva la sospensione batterica in quantità opportuna e si centrifugava a 1500 giri per 10 minuti. Naturalmente per ogni prova ci siamo avvalsi degli opportuni controlli. Dopo la centrifugazione i tubi venivano agitati con energia in modo da risospendere nel mestruo il sedimento batterico formatosi e si procedeva alla lettura. In caso di risultato negativo e così nei controlli, i germi tornavano a dare un intorbidamento uniforme, mentre nelle prove positive i germi rimanevano uniti in piccoli ammassi granulari particolarmente resistenti allo scuotimento.

In parallelo alla prova rapida abbiamo sempre praticato anche la prova agglutinante normale, tenendo cioè i tubi per 2 ore a 37° e 22 ore a temperatura ambiente prima di procedere alla lettura dei risultati.

Inoltre le provette che avevano servito per la prova rapida, dopo effettuata la lettura venivano anche esse poste a 37° per 2 ore e poi a temperatura ambiente per 22 ore, onde svelare eventuali modificazioni successive nei titoli prima ottenuti.

Nelle prove batteriodiagnostiche ciascun germe è stato saggiato sempre con almeno tre sieri (anti-Shiga; anti-Flexner; anti-Y) ed in alcuni casi anche con sieri anti-metadissenterici. I risultati ottenuti in queste prove sono stati dei più lusinghieri. Infatti abbiamo quasi sempre avuto accordo perfetto fra i titoli ottenuti con la prova rapida e quelli con la prova classica e mai nella prova rapida si sono avute modificazioni dopo i tempi supplementari sopraesposti (2 ore a 37° e 22 ore a temperatura ambiente). In due soli casi (caso n. 23: infezione da b. di Shiga e caso n. 36: infezione da b. del gruppo Flexner) si è avuta una lieve discordanza in quanto l'agglutinazione rapida è stata positiva a più alto titolo che quella normale ed anzi a valori eccedenti il titolo limite dei sieri usati.

Riguardo alle prove istituite per sierodiagnosi è da notare che il siero di ciascun malato venne saggiato con 2 antigeni preparati con ceppi di collezione (b. di Shiga, stipite Sanità; e bb. di Flexner, tipi sierologici V, W, X, Y, Z, stipiti dell'Istituto Lister di Londra) e nei casi risultati positivi all'esame colturale delle feci anche con lo stipite omologo.

In queste prove, tralasciando considerazioni particolari sul comportamento della sierodia-

gnosi nei malati di dissenteria, considerazioni che esulano dal compito di questa nota, si può affermare che si sono ottenuti risultati concordanti e soddisfacenti fra la prova agglutinante classica e quella rapida. Infatti in tutti i casi le due prove si corrisposero, salvo in uno in cui l'agglutinazione rapida fu positiva al titolo di 1:160 mentre la prova classica fu incapace di svelare la presenza di agglutinine. Simile comportamento è stato rilevato anche da altri AA. (Bessler, Martelli), e parlerebbe quindi per una maggior sensibilità dell'agglutinazione macroscopica rapida in confronto di quella classica comunemente usata.

Dal complesso delle prove eseguite possiamo quindi affermare che l'agglutinazione macroscopica eseguita con la modificazione di Gaehtgens può utilmente sostituire la prova agglutinante classica sia nelle batteriodiagnosi che nelle sierodiagnosi, perchè dimostra una sensibilità almeno eguale e consente una più sollecita risposta.

In caso di risultato negativo, se sussistano dubbi sull'esito della ricerca, i tubi già usati per la prova rapida si pongono in termostato a 37° per 2 ore e poi 22 ore a temperatura ambiente, completando così l'esame con il procedimento classico. Seguendo questa falsariga non ci è mai occorso di veder modificati i risultati ottenuti con la prova rapida.

RIASSUNTO.

L'A. ha applicato il metodo dell'agglutinazione macroscopica rapida per mezzo della centrifugazione proposto da Gaehtgens, alla identificazione di 46 germi dissenterici provenienti da casi di dissenteria batterica infantile a Roma, e a 25 prove sierodiagnostiche per la stessa malattia. I risultati ottenuti hanno dimostrato che vi è accordo tra la prova agglutinante classica e quella rapida mediante la centrifugazione; in rari casi la prova rapida si è anzi dimostrata più sensibile.

Ritiene perciò che quest'ultima sia molto raccomandabile, anche nel campo della dissenteria, per accelerare i responsi delle batteriodiagnosi e delle sierodiagnosi.

BIBLIOGRAFIA.

BECKERICH e ENGEL. C. R. Soc. Biol. 1921; *85*, 105.
BESSLER. Diagnostica e Tecnica di Labor., 1938, *4*, 269.
GAEHTGENS. Münch. Med. Wochenschr. 1906, *28*, 1351.
ID. Arbeiten aus dem Gesundheitsamte 1907, *25*, 218.
ID. Arch. f. Hyg., 1908, *66*, 377.
LE GUYON. C. R. Soc. Biol., 1936, *123*, 239.
LENZI. Giorn. Batter. Imm. 1937, *2*, 213.
MARTELLI. Annali d'Igiene. 1939, *8*, 529.
MÜLLER. Citato da ZOTTI.
PFEILER. Citato da ZOTTI.
ZOTTI. Lab. Prov. Sez. med. microgr. Bari; pubblic. n. 6, Tipogr. Apicella, Molfetta 1936.
WLADIMIROFF. Citato da ZOTTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Un caso di malattia dell'Addison con contemporanea atrofia giallo-acuta del fegato.

Considerazioni cliniche del dott. ENRICO BOSCHI
Medico Primario
Emerito dell'Ospedale Maggiore di Bologna.

La sera del 17 ottobre u. s. si presentava al mio ambulatorio una donna di 36 anni, che giudicai in condizioni gravissime e che dovetti inviare d'urgenza in ospedale, ove venne a morte la mattina dopo nelle prime ore. Questo spiega la mancanza di ricerche complementari (dosaggio degli amino-acidi nelle urine e di pigmenti biliari e di sali biliari nel sangue), che sarebbe stato opportuno praticare, ed anche spiega come le considerazioni che svolgerò siano tutte di natura prettamente clinica, ma a mio parere molto interessanti.

La malata mi fu portata quella sera in condizioni serissime, con polso filiforme, irregolare per extrasistoli e per fibrillazione auricolare con pressione inferiore ai 100 mm. Ecco come mi fu raccontata la storia:

Sarta laboriosa, soleva passare ogni anno il mese di agosto al mare per riposare dalle fatiche sopportate durante l'anno. Così aveva fatto anche l'agosto ultimo. Era allora, al dire dei famigliari, eccellente lo stato di nutrizione e la donna era nella pienezza delle sue forze fisiche e mentali. Al ritorno dal mare avvenuto il 31 agosto, la famiglia notò che il colore della pelle si era fatto molto scuro, il che fu attribuito alla intensa e prolungata esposizione al sole, quale oggi si costuma fare a corpo quasi ignudo. Nella prima decade di settembre fu la m. colta da dolore acuto alla coscia sinistra, che il medico giudicò di origine radicolare da supposta artrite lombare e che curò con iniezioni endovenose di atophanyl. La famiglia racconta che di queste ne furono praticate ventisette, una al giorno. L'ultima iniezione fu fatta il 4 ottobre. Nella notte dal 4 al 5 insorsero i primi gravi disturbi che continuarono senza interruzione e con progressione crescente. Vomito incoercibile, diar-

rea profusa, senso di astenia profonda, insolita nella donna e pigmentazione cutanea sempre più spiccata, bronzina, quale io riscontrai nella mia visita. Secondo la famiglia si sarebbe osservata colorazione gialla degli occhi ed urine molto scure. Questi fatti non furono da me osservati. Giudicando la m. gravissima, l'inviai all'ospedale con la diagnosi di malattia di Addison, accompagnata probabilmente da atrofia giallo-acuta del fegato.

La diagnosi di sindrome addisoniana scaturiva da parecchi sintomi: dalla pigmentazione bronzina in continuo aumento (una macchia scura si osservava anche sul margine destro della lingua), dalla grave astenia e dalle qualità miserevoli del polso, quantunque queste in parte potessero dipendere dallo stato quasi agonico della malata. Ho giudicato anche probabile la diagnosi di atrofia giallo-acuta del fegato avendo constatato l'esistenza di un fegato molto piccolo di una milza grande e ricordando anche la cura atofanica intensa praticata. A proposito della piccolezza del fegato desidero far notare che un fatto mi aveva colpito ed era che la regione dell'arcata costale destra e della regione sottostante si presentava molto più avvallata dell'omonima sinistra, come se gli organi sottoposti (fegato) avessero soggiaciuto ad una rapida diminuzione di volume.

L'indagine anatomo-patologica (prof. Businco) confermò in pieno l'esistenza dell'atrofia acuta del fegato e la presenza di una diffusa tubercolosi fibro-caseosa delle capsule surrenali.

*
* *

A questo punto è giunto il momento di arrivare al giudizio epicritico delle malattie, che condussero rapidamente a morte la giovane donna. Un fatto è assodato ed è che questa malata da tempo era affetta da una tubercolosi delle C. S.: questo è dimostrato ampiamente dal reperto anatomo-patologico. Questa malattia aveva decorso per parecchio tempo asintomaticamente. Ci è narrato che nello stesso mese di agosto u. s. la donna godeva di una apparente florida salute. Forse un medico molto accorto e minuzioso avrebbe potuto in quel momento trovare qualche segno sospetto, ma nelle condizioni, in cui secondo la narrazione pareva trovarsi la m., forse a nessun medico sarebbe venuto in mente di fare ricerche molto approfondite. Tuttavia alla fine di agosto la famiglia nota un maggiore ed eccessivo imbrunimento della cute e nei primi giorni di settembre si presenta un dolore acuto della coscia destra. È questo dolore male interpretato dal medico come algia dipendente da supposta e non dimostrata artrite lombare. Oggi noi possiamo retrospettivamente interpretare il dolore conseguenza della progressione della malattia di Addison. In questo punto noi possiamo dire che la donna era malata di una forma morbosa che quasi certamente doveva condurla a morte.

Diciamo quasi certamente perchè ora è dimostrato che con le cure con corteccia surrenale o con sostanze simili ottenute sinteticamente qualche vantaggio si è ottenuto e la via aperta ci potrà forse serbare in avvenire liete sorprese. Sotto questo punto di vista le ricerche di Francesco Schiassi e dei suoi collaboratori ci hanno aperto l'animo a qualche speranza confermando del resto altri lavori più antichi sull'argomento.

Comunque possiamo dire che la m. era colpita da male gravissimo in via di evoluzione, quasi certamente letale. Interviene allora la cura atofanica in proporzioni generose. Io non voglio togliere ai preparati atofanici il merito che essi hanno, ma debbo aggiungere che oramai la letteratura è piena di casi di atrofia giallo-acuta susseguiti ad una somministrazione eccessiva di essi, come affermava il Lehmann già dal 1930. V'ha di più perchè, per esempio, io ho visto un caso in cui sei compresse di atophan somministrate in due giorni diedero origine ad un'epatite con il quadro del così detto itteró catarrale, che fortunatamente risolse in qualche tempo perchè il medico con sagacia sospese immediatamente la cura.

Nel nostro caso l'atophan diede origine al quadro dell'atrofia, in quanto trovava il fegato in condizioni di mejopragia, molto probabilmente perchè tanto più facilmente la malattia di Addison aveva, producendo alterazioni epatiche, preparato la strada a mettere l'organo in condizioni di maggiore ricettività al tossico. Da questo punto le due forme morbose si sovrappongono per sommare i loro effetti dannosi sull'organismo e non è facile nel quadro morboso discernere quello che è effetto dell'una o dell'altra malattia.

Dalla descrizione di questo caso varie conclusioni si possono trarre. Intanto rilevare la singolare stranezza, e questo talvolta si osserva in clinica, dell'associazione di due malattie non frequenti, di cui l'una, l'epatica, è abbastanza rara. Inoltre occorre notare che è bene ricordarsi che talvolta la malattia di Addison si può presentare asintomaticamente. Una cau-

sa morbosa sopraggiunta di maggiore o minore gravezza può di un tratto mutare la sintomatologia nulla o quasi in gravissima. A volte può bastare una tonsillite che può parere lieve a produrre queste conseguenze.

Soprattutto un insegnamento dal caso presente può scaturire. In caso di somministrazione di medicamenti bisogna avanti tutto assicurarsi di studiare l'organismo prima per sapere se esso potrà o non sopportare la cura. Nel caso di cure atofaniche, specie se lunghe, studiare con tutti i mezzi posti a nostra disposizione se la buona funzionalità del fegato permetta o no di praticare o di continuare la cura.

Eguali osservazioni naturalmente diverse si debbono applicare ad altre cure moderne, per esempio alle cure sulfamidiche, oggi molto usate e degne di molta considerazione, ma anche bisognose di stretta sorveglianza.

Soprattutto il medico deve in ogni caso ricordarsi dell'antico detto latino: « *Primum non nocere* ».

RIASSUNTO.

Il dott. Boschi (di Bologna) riferisce un caso di atrofia giallo-acuta del fegato complicante una tubercolosi fibro-caseosa delle capsule surrenali. Dimostra che la comparsa dell'atrofia epatica è con ogni verosimiglianza da attribuire ad uso esagerato di atophan. Ne trae la deduzione che occorre sempre grande prudenza nell'uso dei medicamenti, specialmente dei più attivi

RIVISTE D'AGGIORNAMENTO

Sull'etiologia della pellagra.

Il problema della pellagra è ridivenuto attuale non tanto perchè le statistiche ufficiali indichino la comparsa di casi in qualche comune del Veneto; ma anche e sopratutto perche gli studi intorno alla sua origine ed alla possibilità d'un trattamento efficace curativo e forse anche preventivo entrano in una nuova fase di pratica attuabilità.

D'altra parte si tratta d'un problema che interessa l'età infantile in quanto i casi nuovi riguardano in proporzione di oltre il 50 % bambini fra 2 e 10 anni; mentre i lattanti al seno sono generalmente risparmiati.

Il rapporto fra pellagra ed alimentazione unilaterale maidica o per altri versi difettosa è in base alle ricerche più recenti sufficientemente assodato. Le ricerche del Frontali e de' suoi collaboratori hanno recato un contributo importante in questo campo. Egli ha anzitutto elaborato una *dieta pellagrogena* inizialmente costituita da sola polenta, che poi veniva gradatamente integrata con aggiunta di fagiuoli e di formaggi fino a contenere una proporzione sufficiente di proteine ad alto valore biologico, pari a 3 gr. per Kgr. di peso corporeo (corrispondente a 13 % del valore totale calorico della dieta).

A questo punto, con la somministrazione di minestre di fagiuoli condite con strutto e con l'aggiunta di formaggio alla polenta, i soggetti in esperimento (dapprima 12 bambini, poi anche 14 adulti) ricevevano un vitto che imitava quello cui erano avvezzi a domicilio, essendo però ben più ricco di proteine dall'alto valore biologico e commisurato al reale fabbisogno di ciascuno di essi. Una dieta così fatta era ancora pellagrogena (non evitava la comparsa di recidive o l'aggravarsi di forme lievi), il bilancio dell'azoto — eseguito in tutti i soggetti di età infantile — si manteneva negativo e corrispondentemente il peso corporeo era fermo o diminuiva.

Furono allora iniziate, a tappe successive, somministrazioni di fattori vitaminici di composizione chimica nota: il fattore A sotto forma di carotina in olio di sesamo (vogàn gocce 20), il fattore C sottoforma di acido ascorbico (centigr. 20).

Nei riguardi del complesso B è noto dagli studi del Goldberger che la farina di granoturco contiene abbondanti quantità di *fattore antineuritico* B_1 e, da quelli di Acroyd, ch'essa è ricca pure del *fattore antidermatite dei ratti* B_6.

Fu aggiunto quindi il *fattore* B_2 *in senso stretto*, cioè la *lattoflavina* (alla dose di 2 milligrammi 2 volte al dì).

Con tutte queste aggiunte ancora nessuna influenza si era potuta constatare nei riguardi delle manifestazioni cutanee e mucose della

pellagra, del ricambio azotato, del metabolismo basale, della porfirinemia, ecc. Anzi le manifestazioni cutanee venivano regolarmente progredendo, la dieta era ancora pellagrogena.

Nel frattempo Elvehjem e collaboratori, dapprima in una nota preventiva del settembre 1937 e poi nel lavoro *in extenso* del marzo 1938, annunciarono di essere riusciti a separare da estratti di fegato altamente attivi contro la dermatite sperimentale dei pulcini e contro il *black-tongue* dei cani, un'amide dell'acido nicotinico, che alla dose di 30 milligr. al dì — aggiunta alle diete carenzate capaci di provocare le predette affezioni — conduceva a rapida guarigione 4 cani affetti da « black-tongue » ed aggiunta alla dieta carenzata fino dall'inizio dell'esperimento, inibì in un cane la comparsa della sindrome in parola.

Da allora datano i primi tentativi di applicare alla pellagra umana il trattamento che si era dimostrato efficace nel « black-tongue » dei cani. Le prime ricerche di Spies e collaboratori (su 4 casi) e quelle di Fouts e collaboratori (su altri 4 casi) hanno dato risultati incoraggianti. Queste prime osservazioni americane, condotte piuttosto come prove terapeutiche che come vere esperienze, giustificano alcune critiche: 1) alcune sono state eseguite in stagioni (autunno ed inverno) in cui i sintomi della pellagra subiscono in generale una spontanea remissione; 2) i malati erano tenuti a diete non particolarmente adatte a rendere le indagini sufficientemente dimostrative; 3) rimaneva dubbia l'efficacia del trattamento con acido nicotinico sulle manifestazioni nervose e mentali, in quanto si trattava in parte di alcoolisti affetti da polinevriti favorevolmente influenzate dal fattore antineuritico B_1.

Essendo già in corso le sopra citate esperienze del Frontali, esse furono dal gennaio 1938 dirette nel senso di aggiungere alla dieta pellagrogena già descritta: 60-100 milligr. al giorno nei bambini e fino a 160 milligr. negli adulti in parte per via orale, in parte per iniezioni endomuscolari. Queste ricerche costituivano così il primo esperimento rigoroso eseguito nell'uomo (nelle diverse età) in generale e, ad ogni modo, il primo studio in questo senso eseguito in Europa.

I primi risultati dimostrativi furono comunicati dal Frontali al 50° Congresso della Società Germanica di Medicina Interna il 27 marzo 1938 a Wiesbaden, essendo egli stato invitato a tenere una relazione su l'« etiologia della pellagra ». Egli estese quindi le sue ricerche (in collaborazione col dott. Ferrari) a 14 casi di pellagra in adulti (ricoverati nel pellagrosario di Mogliano) affetti da forme recidivanti con manifestazioni polinevritiche, e mentali (amenziali, depressive, deliranti, ecc.). Il 27 maggio 1938 fece insieme co' suoi collaboratori un'ampia relazione sulle varie ricerche eseguite alla Società Medica di Padova in una seduta dedicata al problema della pellagra, alla quale assistevano studiosi della pellagra ed autorità sanitarie delle provincie venete. I lavori *in extenso* furono pubblicati in *Minerva Medica* (11 agosto 1938) ed in *Archivio italiano di Medicina Sperimentale* (22 agosto 1938).

Queste ricerche misero in evidenza in tutti i casi: già 48-72 ore dopo l'inizio del trattamento con acido nicotinico una rapida riduzione delle manifestazioni orali, cutanee ed intestinali fino a completa eliminazione di questa sintomatologia in 1-2 settimane. Nei casi con manifestazioni nervose si ebbe regressione graduale, più lenta ma altrettanto sicura, dei sintomi nervosi: astenie, ipertonie, algie, ecc. fino a scomparsa nel corso di 3-4 settimane. Nei riguardi delle manifestazioni psichiche: 3 casi inveterati con manifestazioni demenziali in età senile non hanno presentato modificazioni apprezzabili; gli altri, affetti da forme amenziali e depressive, sono guariti senza residui.

Indagini particolari misero in evidenza: un passaggio da bilancio azotato negativo a positivo, parallelamente ad aumento spiccato del peso corporeo; una riduzione della porfirinemia e della porfirinuria; un aumento dell'acidità del succo gastrico; modificazioni interessanti del quadro capillariscopico e della pressione capillare (per la prima volta studiati nella pellagra). Furono studiati inoltre la tiemia, il sistema nervoso vegetativo, il metabolismo basale, ecc. con risultati che non si prestano ad essere riassunti.

In base a queste ricerche sperimentali sull'uomo si può affermare che diete pellagrogene acquistano proprietà antipellagrose (anche nei riguardi delle manifestazioni nervose della pellagra) mediante la sola aggiunta di acido nicotinico. *a. p.*

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

Le cause intracraniche della cefalea.

(H. COHEN. *British Medical Journal*, 7 ottobre 1939).

Le cause del mal di capo sono agli scopi diagnostici raggruppate su base anatomica:

1) *Intracraniche*: malattie del cervello e delle meningi;

2) *Craniche*: malattie delle ossa craniche e dei seni;

3) *Extracraniche*: affezioni del cuoio capelluto (fibromiosite del muscolo occipito-frontale e della sua aponeurosi); neuralgia del trigemino, sfeno-palatina e occipitale; erpete sopraorbitale; arterite temporale, ecc.;

4) *Riflesse*: malattie degli occhi, dei denti, del naso;

5) *Tossiche*: di origine esogena (alcole, tabacco, piombo, anidride carbonica, ecc.) o endogena (uremia, stipsi, febbre, ecc.);

6) *Emicraniche;*

7) *Psicogene* (psiconeurosi, psicosi, stati di esaurimento).

È molto probabile che tutti questi fattori determinino il mal di capo con il medesimo meccanismo, ossia che la causa ultima della cefalea sia unica, analogamente a quanto avviene per il dolore cardiaco la cui causa essenziale è sempre l'anossiemia del miocardio qualunque sia la condizione anatomo-patologica determinante (trombosi coronaria, angina da sforzo, fibrosi del miocardio, o anemia profonda).

Pertanto non esiste un tipo speciale di cefalea patognomonico delle lesioni intracraniche. Solo dalla sede, dall'intensità, dal decorso, dalle circostanze con le quali si manifesta, dai sintomi e dai segni concomitanti se ne può dedurre l'origine intracranica ed anche la natura della lesione determinante.

La cefalea può essere presente in qualsiasi tappa del decorso di tutte le lesioni intracraniche. A volte è prevalente, talaltra è secondario e dominata da altri sintomi e segni.

Le varie lesioni intracraniche capaci di dare la cefalea si possono distinguere nei seguenti gruppi:

1) Lesioni espansive ossia che tendono ad invadere lo spazio occupato dalle parti intracraniche normali: *a*) neoplasmi, cisti, ascessi, aneurismi, granulomi, ematomi subdurali, iperestosi frontale interna, ecc.; *b*) edema cerebrale, alterazioni infiammatorie (encefaliti, sclerosi disseminata, ecc.), lesioni vasali (emorragie e trombosi), edemi ed emorragie traumatiche.

2) Irritazioni meningee da meningiti acute e croniche di tutti i tipi, da emorragie negli spazii subaracnoidei, da carcinosi meningea.

3) Affezioni delle arterie cerebrali (arteriosclerosi, endoarterite sifilitica, ipertensione, ecc.).

4) Affezioni senza lesioni grossolane accertabili (sindrome post-traumatica, emicrania, epilessia).

Molte volte questi fattori si sovrappongono, così il tumore cerebrale stesso si associa ad emorragie e a edema, i traumi con ematomi subdurali o l'emorragia intracerebrale, e così via.

L'intensità della cefalea è proporzionale alla rapidità di sviluppo della lesione organica. Quanto più rapido e intenso è il disturbo della circolazione del liquido cefalo-rachidiano, tanto più precoce e intensa è la cefalea; perciò nei tumori della fossa occipitale, che ostacola la circolazione del liquor dal quarto ventricolo e nei tumori del lobo temporale, che alterano facilmente l'idraulica del terzo ventricolo, la cefalea si manifesta più rapidamente ed è più intensa che nei tumori del lobo frontale. Infine negli adulti la cefalea è sempre più forte che nei ragazzi, perchè la loro scatola cranica non è praticamente espansibile.

La cefalea da lesioni intracraniche può assumere quattro tipi:

Tipo 1. Il dolore è descritto vagamente come senso di ottundimento o di battito e talvolta anche come un senso di trafittura, di scoppio, di spaccamento.

È generalmente avvertito nell'interno del capo ed ha una sede indefinita, ma durante le crisi di esacerbazione può nettamente localizzarsi ad un lato, alla fronte, all'occipite o ad una tempia.

Si accentua durante il cammino, e può essere determinato o esacerbato dal girarsi nel letto o dal levarsi.

È esacerbato dalla tosse, dallo starnuto, dall'inclinazione del tronco, dagli sforzi fatti per defecare, e spesso ciascun battito del cuore, ciascun passo provoca un colpo nella testa. Di solito è aggravato dalla compressione della vena giugulare, mentre è alleviato dalla compressione della carotide.

Può essere costante o intermittente, ma ha sempre esacerbazioni parossistiche durante le quali si ha spesso vomito a getto.

Questa cefalea è più comune nelle lesioni intracraniche espansive.

È quasi sempre localizzata alla fronte anche se la lesione ha sede in una zona del cervello molto lontana. Per lo più è unilaterale dalla parte della lesione, ma qualche volta anche dal lato opposto.

Talora si hanno improvvise crisi di dolore fortissimo « come se la testa dovesse scoppiare ». Queste crisi sono spesso accompagnate da uno stato di semicoscienza, da vomito, durano pochi secondi e sono seguite da profon-

do esaurimento. Si hanno per lo più nei tumori, specie della fossa posteriore, ed hanno un significato prognostico gravissimo.

Tipo 2. Il dolore a trafitture è localizzato nella parte posteriore del capo con irradiazione alla nuca, talvolta riferito anche alle tempie ed alla fronte, ed è accompagnata da rigidità dei muscoli nucali. È aggravato dai movimenti del capo e nei tentativi di flessione della nuca. Si riscontra in forma più o meno acuta ed intensa nelle emorragie subaracnoidee basali che si diffondono nella fossa posteriore ed irritano il bulbo e la parte superiore del midollo cervicale, quasi sempre in tutti i tipi di meningiti, nel 50 % dei tumori della fossa posteriore e nel 25 % dei tumori sopratentoriali.

La neurite e la neuralgia occipitale possono dare un tal tipo di cefalea. Ma nella neuralgia occipitale il dolore si presenta a crisi con accalmie più o meno lunghe, non c'è rigidità nucale, nè irradiazione fronto-temporale del dolore. Tuttavia nella neurite occipitale dipendente da affezioni vertebrali o da fibromiosite occipito-cervicale si può avere una limitazione dei movimenti del collo, che è però ben differente dalla rigidità nucale di origine meningea che è limitata ai muscoli estensori della nuca, ed è accompagnata dai segni di Kernig e di Brudzinski. Per altro tanto nelle spondiliti che nelle fibromiositi si ha dolore alla pressione delle parti affette.

Tipo 3. È la cefalea a tipo emicranico, parossistica, spesso ma non necessariamente unilaterale, accompagnata da nausea, vomito, vertigini, e spesso preceduta da disturbi della vista o di altri sensi e da auree motorie. Nei periodi di accalmie il paziente non ha per niente cefalea, e questa, durante l'attacco, è simile a quella del tipo 1.

Tipo 4. È una cefalea gravativa localizzata per lo più alla fronte ed alle tempie, e raramente all'occipite, ed accompagnata da irradiazioni a tipo neuralgico agli occhi, alle sopracciglia, alla faccia. Si ha quasi sempre nei tumori ipofisari, e l'elemento neuralgico è dovuto ad irritazione diretta delle radici del trigemino.

Le cefalee del tipo 1 sono più comuni nelle affezioni del gruppo 1; le cefalee del tipo 2 sono più comuni nelle affezioni del gruppo 2; e le cefalee del tipo 3 sono caratteristiche delle affezioni del gruppo 3 e 4.

Per poter decidere sulla esistenza o meno di una causa intracranica o meno della cefalea, e subordinatamente della sede e della natura della lesione occorre un esame accurato.

In molti casi già i dati anamnestici sono sufficienti ad indirizzare la diagnosi. Conviene quindi accertare da quanto tempo si è presentata la cefalea, la sua frequenza, nonchè la sua sede, durata, intensità e carattere; se tende a migliorare o a peggiorare; se è accompagnata da aura; se gli attacchi sono determinati dai pasti, dal lavoro, dalla stanchezza, dalle emozioni, dalle mestruazioni; se è alleviata o aggravata dal caldo e dal freddo; se la cefalea si presenta o si aggrava con il leggere ed è alleviata dall'applicazione di lenti; se si accompagna a disturbi del naso e dei seni; se nei precedenti familiari si notano precedenti di cefalee simili, di febbre da fieno, asma, eczema, urticaria.

L'esame clinico deve essere completo e comprendere l'esame del fondo dell'occhio, ed un esame neurologico accurato. Eventualmente si ricorrerà all'oculista anche per accertare la presenza di vizi di refrazione, disturbi dell'oculomozione, glaucomi, ecc. ed all'otologo per escludere probabili cause a carico del nasofaringe e dei seni.

Se il sospetto di lesione intracranica diventa sempre più fondato dopo tutti questi esami, converrà ricorrere all'esame del liquido cefalo-rachidiano ed all'esame radiografico del cranio.

Si misurerà la pressione, e si praticherà l'esame chimico, microscopico ed eventualmente batteriologico del liquor.

L'esame radiologico del cranio e dei seni è indispensabile in tutti i casi di cefalea persistente.

Per definire la natura della lesione intracranica responsabile della cefalea si dovrà tener conto dell'età del paziente, della sede della lesione, della durata e del decorso di tutti i sintomi, dei risultati di tutti gli esami clinici, serologici, cutanei, radiologici. Spesso solo il concorso di parecchi di questi dati potrà dare utili elementi per la soluzione del problema diagnostico e quindi per l'indirizzo terapeutico. DR.

Le emorragie subaracnoidee.

(U. HESS. *Klin. Wschr.*, 27 gennaio 1940).

Il quadro morboso delle emorragie subaracnoidee e specialmente le varie etiologie di questo complesso sintomatico hanno richiamato l'attenzione degli studiosi negli ultimi decenni La causa più frequente consiste nell'aneurisma basale, localizzato specialmente al circolo di Willis, come dimostrano i reperti autoptici. Fra gli altri momenti etiologici, sono da menzionarsi traumi, tumori, lues, arteriosclerosi, ipertonia, ecc. Talvolta è del tutto negativo l'esame degli organi e si parla allora di emorragia spontanea od idiopatica, di cui l'esistenza è però contraddetta. L'A. studia l'argomento essenzialmente sulla base di 40 casi occorsi in una diecina d'anni all'Ospedale di Brema.

Quadro morboso. La sintomatologia ed il decorso sono variabili. Vi possono essere dei segni precursori, ma caratteristico è l'inizio brutale, apoplettico, tanto più sorprendente

quando l'emorragia si verifica in giovani. Il paziente è colpito da un violento dolore al capo, alla nuca, con malessere, vomito, capogiri, dolori toracici irradiantisi alle gambe, intontimento fino all'incoscienza, deliri e convulsioni. La temperatura sale a 39° e più e si manifesta un complesso meningitico, con polso raro, rigidità nucale, segno di Lasègue, Babinski, disturbi pupillari, paresi di vari nervi cranici, specialmente l'oculomotore. Altri segni neurologici (paresi, emiplegia, disturbi di sensibilità e dei riflessi) completano il quadro.

Sintomi particolari sono i seguenti: disturbi psichici (sindrome di Korsakoff, tendenza a dire spiritosaggini), albuminuria molto elevata che scompare rapidamente, iperglicemia ed iperglicosuria di origine centrale, che pure si dileguano rapidamente.

Il complesso sintomatico acuto si differenzia facilmente dall'apoplessia e dalla meningite, specialmente con l'esame del liquor, senza il quale, è assai malagevole e spesso impossibile la diagnosi. Il liquor si presenta nettamente sanguigno ed incoagulabile; lasciandolo depositare nella provetta, la colonna delle emazie è ben delimitata orizzontalmente, mentre al disopra, si ha il liquor limpido e — nelle emorragie non recenti — xantocromico. La xantocromia è il segno più sicuro della emorragia meningea.

Le grandi emorragie subaracnoidee portano a morte per la pressione sui centri vitali del midollo allungato. Nella maggior parte dei casi, si hanno miglioramenti dopo la puntura lombare, che è utile non soltanto dal punto di vista diagnostico, ma anche per quello terapeutico. L'emorragia può ripetersi, ma anche non aversi più per periodi anche di decenni.

La varia localizzazione dell'emorragia provoca sintomi diversi. Caratteristica quella basale, con paralisi dei nervi cranici; in quelle alle meningi spinali il sensorio è libero e si presentano soprattutto i sintomi spinali; per queste ultime è tipico l'inizio acuto con la sensazione di un pugno od una pugnalata alla schiena.

Tra i *fattori determinanti*, sono da menzionarsi vari lavori che il malato stava compiendo (coltivazione della terra, mungere stando chinato, suonare la tromba, ecc.), nonchè varie condizioni decorrenti con aumento di pressione (parto, defecazione, relativamente spesso il coito) e momenti psichici (gioia, timore, ansia; in un ragazzo di 11 anni, l'emorragia si verificò per il timore delle busse paterne).

Etiologia.

1) Arteriosclerosi, eventualmente con rene grinzo, ed altri disturbi vasali (diatesi emorragiche, emofilia, stasi cardiaca) infezioni, intossicazioni.

2) Lues, che determina lesioni vasali; esistono spesso sintomi prodromici duranti da tempo (anche anni), in forma di cefalee, segni a focolaio, ecc. L'emorragia subaracnoidea si può avere nella fanciullezza per sifilide ereditaria ed, in quella acquisita, dopo 1-8 anni dall'infezione. La Wassermann è positiva nel liquor (80 % dei casi) e nel sangue (55 %).

3) L'ipertonia essenziale e l'emicrania, entrambe di natura angiospastica ed importanti come cause. L'emicrania è spesso un segno precursore. Interessante è l'esame del fondo dell'occhio, che nell'ipertonia mostrerà delle arterie sottili, contratte e delle venuzze dilatate, serpiginose. Analoghe modificazioni si hanno nella costituzione vaso-neurotica. Entrambe queste condizioni hanno una particolare disposizione alle emorragie dei capillari e delle piccole vene, per diapedesi o per rottura, che possono verificarsi specialmente in giovani nel fondo oculare, nelle meningi, nella sostanza cerebrale ed anche nella mucosa gastrica.

Per l'emicrania, si ammette uno spasmo nei campi ottici corticali, per cui si hanno lagrimazione, disturbi pupillari, edema palpebrale, scotomi scintillanti, trombosi venosa del fondo oculare, emorragie palpebrali, nasali, ecc.

In uno dei casi dell'A., era chiaro il rapporto dell'ipertonia con l'emorragia subaracnoidea; trattavasi di un uomo fiorente con forte ipertonia, in cui dopo un cauto scarico del cervello mediante la puntura lombare ed il salasso, si ottenne lo snubilamento del sensorio e la graduale scomparsa dei fatti meningei; così pure gradatamente scomparvero la pressione, la temperatura e la glicosuria.

In questi casi, la puntura lombare ed il salasso agiscono salvando la vita; si deve però essere cauti con la prima, chè se essa è invece esagerata si possono avere delle emorragie per l'eccessiva depressione.

4) Anche il trauma non è da trascurarsi nell'eziologia dell'emorragia subaracnoidea; si debbono però ricercare i sintomi che hanno stabilito una connessione fra questa e quello. La comparsa dei sintomi di emorragia subaracnoidea può seguire anche ad una certa distanza dal trauma; in 3 casi di Frank, il tipico quadro clinico si manifestò da 10 giorni ad 8 settimane dopo lievi traumi.

5) Come si è detto, l'aneurisma basale è la causa più frequente; sede preferita è il ramo comunicante posteriore od anteriore. Trattasi probabilmente di aneurismi di dilatazione, di un tipo congenito sulla base di costituzione familiare. Le emorragie possono ripetersi, dopo intervalli di piena salute; spesso, alla ripetizione segue la morte. Dati i rapporti dell'oculomotore con ramo comunicante posteriore, si osserva spesso, in caso d'aneurisma la paralisi di tale nervo, per cui la diagnosi si può fare con precisione.

6) In mancanza di altra eziologia probabile, s'invoca una modificazione costituzionale

del sistema vasale, nel senso di un'aumentata permeabilità nel territorio capillare, di vasoneurosi, angioneurosi, diatesi angiospastica, quale si osserva negli stigmatizzati del sistema vegetativo. Raramente si trova allora il punto sanguinante. Questa eziologia si deve ammettere tanto più in individui, in cui il sistema capillare visibile alla pelle e mucose si mostra alterato.

È anche da menzionarsi la diatesi emorragica psicogena degli stigmatizzati; dietro eccitazioni centrali, per la via del simpatico, si hanno disturbi circolatori, permeabilità del sistema capillare, per cui si hanno sudori e lagrime di sangue. Appartengono a questa categoria la pelle d'oca, l'arrossamento cutaneo e le modificazioni della pupilla determinate volontariamente. Queste osservazioni hanno un certo interesse per spiegare numerosi casi di emorragia subaracnoidea in cui non è riconoscibile nessuna modificazione organica del sistema vasale, casi che sono abbastanza frequenti, raggiungendo anche il 50 %.

Per la *terapia*, l'unico rimedio sintomatico ed efficace è la puntura lombare eseguita a dovere e con le necessarie cautele. Recentemente, l'aneurisma basale è stato aggredito chirurgicamente e sembra con successo, come hanno riferito Schaltenbrand- Toennis.

fil.

RENI.

Le malattie renali ematogene bilaterali.

(E. LAUDA. *Wiener klin. Wschr.*, 19 gennaio 1940).

Nonostante i molti lavori accumulatisi sulle nefriti dal tempo di Bright, si può dire che i problemi che sono stati posti sono rimasti insoluti. L'A. si occupa della diagnosi e diagnosi differenziale delle malattie renali ematogene bilaterali, intese come affezioni che colpiscono il rene in quanto organo di secrezione, separandole così dall'ascesso renale, dalla nefrite ascendente e dall'infarto. Dal punto di vista patogenetico se ne distinguono tre tipi: 1) le nefrosi, malattie primarie degenerative; 2) le nefriti, primariamente infiammatorie; 3) le sclerosi, primariamente arterio-sclerotiche.

Le nefrosi. È noto che l'irrorazione sanguigna e la funzione del glomerulo sono d'importanza decisiva per il relativo sistema canalicolare, il quale va distrutto con la distruzione del glomerulo. Con il nome di nefrosi, s'intendono esclusivamente le lesioni epiteliali dei tubuli, ed anche del glomerulo, ma senza disturbi dell'irrorazione del glomerulo. Vari sono i tipi di degenerazione, che si possono osservare (albuminosa, a gocce jaline, lipoide, amiloide, necrosi) e varie anche le cause (infezioni acute e croniche, diversi veleni, fra cui sublimato, arsenico, cromo, la lues, un aumento delle sostanze normalmente presenti nel sangue, come acido urico, zucchero, ecc.) e varia l'intensità con cui l'epitelio è colpito.

La nefrosi acuta delle malattie infettive è nota come albuminuria febbrile, che viene separata dalle nefriti — diffuse od a focolaio — per la mancanza di ematuria e di aumento della pressione sanguigna. In qualche caso, questa nefrosi può provocare gravi danni del tubulo (tifoide, colera), con gravi necrosi epiteliali ed anuria; in questi casi, però, è difficile od impossibile la diagnosi con una nefrite acuta. Nella difterite, può permanere a lungo dopo esaurita l'infezione una elevata albuminuria, come espressione di lesioni tubulari, con tendenza agli edemi ed all'idrope delle cavità, ma con funzione renale indisturbata e pressione normale.

La nefrosi più interessante è quella lipoidica cronica, con o senza amiloide, che si ha nella lues, tubercolosi, linfogranulomatosi, infezioni generali settiche, certe artriti; vi è anche una forma che sta a sè, senza che se ne possa determinare l'eziologia.

La diagnosi non offre difficoltà, avendosi un quadro clinico caratteristico: disposizione agli edemi (edema bianco, idrope cavitaria) elevata albuminuria fino al 50 % nello stadio di formazione degli edemi, oliguria ed alto peso specifico dell'urina (1030); nel sedimento, soltanto scarsi cilindri o lipoidi birifrangenti; niente ematuria, nè aumento di pressione od ipertrofia cardiaca, nè vera uremia, specialmente eclamptica, nè disturbi della funzione renale.

L'oliguria non va considerata come un disturbo della funzione renale, in quanto che essa viene data dal prerene; i tessuti a tendenza idrofila trattengono l'acqua, che non arriva quindi al rene; del resto, la curva di escrezione dell'acqua non differisce dal normale. Anche l'escrezione del NaCl e dell'azoto è normale.

La diagnosi differenziale con l'edema cardiaco è agevole, sebbene vi siano casi molto simili (stasi mediastinica, mediastino-pericardite cronica adesiva); la presenza di stasi epatica e venosa e di altri segni di insufficienza cardiaca insieme con albuminuria lieve dimostreranno l'origine cardiaca degli edemi. Nemmeno difficile è la distinzione con l'edema cachettico. Più facile è, invece, la confusione con l'oliguria primaria, in rapporto con disturbi del ricambio del NaCl, che ha il suo centro nel diencefalo, con ritenzione di NaCl e consecutiva ritenzione di acqua. Mancano, però, in tali casi i segni renali, mentre la dieta ipoclorurata porta alla rapida scomparsa degli edemi.

La nefrite a tipo nefrotico si distingue teoreticamente per i 3 segni dell'ematuria, aumento di pressione ed insufficienza renale; nessuno però è decisivo e possono aversi va-

rie combinazioni. Difficoltà possono sorgere per distinguere un'albuminuria residua di nefrite, o da nefrite a focolaio.

Grandi sono le difficoltà per decidere se si tratti di un'albuminuria residua di una nefrite, di quella di una nefrite a focolaio, dell'inizio del secondo stadio di una nefrite cronica o di una nefrosi senza edemi. Soccorreranno l'anamnesi, il decorso, l'eventuale eziologia (tbc., lues) la presenza di ematuria, di pressione elevata.

L'eventuale combinazione di rene amiloide si manifesta con la comparsa, nel complesso di una nefrosi cronica, di fatti d'insufficienza renale, tanto più se vi si accompagna tumore di milza e di fegato; la differenziazione con una glomerulo-nefrite diffusa si fa per mezzo della misura della pressione, che in quest'ultima è aumentata.

Un tipo di nefrosi, che porta rapidamente all'insufficienza renale è il rene da sublimato, in cui manca la disposizione agli edemi e si ha rapidamente anuria; questo tipo di nefrosi fa eccezione alla regola, essendo accompagnata da ipertonia; ma la diagnosi non è difficile col criterio anamnestico.

* * *

Le nefriti. Nulla di preciso si conosce sull'inizio della glomerulo-nefrite diffusa ed anche la teoria dello spasmo vasale (Volhard) si è dimostrata insufficiente, trattandosi in verità di un'affezione sistemica.

Il quadro della nefrite diffusa acuta è noto: ipertonia, edemi ed ematuria, a cui si accompagnano albuminuria, cilindruria, tendenza all'oliguria ed il corteo dei fatti cardiaci. Nessuno di questi segni è, però, obbligatorio; caratteristico è il disturbo della funzione renale, ma però non si hanno fatti gravi ed è eccezionale l'uremia vera a differenza di quanto accade per il rene grinzo per il fatto che nella nefrite diffusa acuta i tubuli suppliscono la funzione dei glomeruli. In essa, invece, si ha con una certa frequenza l'uremia eclamptica, da riferirsi all'edema cerebrale ed all'aumento di pressione cerebrale.

Assai difficile è il cogliere l'inizio della glomerulo-nefrite, per cui spesso occorre un'osservazione di giorni. Agevole è invece la diagnosi di una nefrite a focolaio, in cui un sintoma cardinale è l'ematuria con albuminuria e cilindruria, mentre mancano i segni di disturbo della funzione renale, l'edema, l'ipertonia.

Non difficile è la diagnosi con la nefrosi e con l'albuminuria febbrile; quest'ultima è talora mal delimitabile dalla nefrite diffusa ed in caso di dubbio verrà curata come questa. Difficile è invece la diagnosi fra il rene delle gravide e la nefrite in gravidanza; si tenga presente che il primo si manifesta soltanto nelle primipare e che i fatti scompaiono dopo il parto.

Quando la glomerulo-nefrite acuta si inizia con una sola ed abbondante ematuria, possono entrare in discussione delle cause urologiche locali, per cui verrà consultato l'urologo.

La glomerulo-nefrite cronica, diffusa. La prima questione che si presenta è quella di decidere se si tratti del secondo o del terzo stadio; quest'ultimo — che è quello finale — è contrassegnato dalla retinite albuminurica, a cui si accompagnano la poliuria, l'isostenuria, la presenza di azoto residuo, indacano, xantoproteina nel sangue. La semplice presenza di un peso specifico costantemente basso, eventualmente con fatti di insufficienza cardiaca costituisce un segno di grande valore.

Il semplice riconoscimento che si tratta del secondo stadio non basta, perchè la durata di questo può variare da pochi mesi a dei decenni.

Sono, pertanto, da distinguersi 3 forme: 1) *extracapillare* (con proliferazione degli epiteli della capsula di Bowman e tubuli intatti), porta in poche settimane o mesi all'insufficienza renale e si presenta clinicamente come nefrite acuta; 2) *intracapillare* (omogeneizzazione e jalinizzazione del glomerulo, con gravi processi degenerativi del tubulo), dura pochi anni (subcronica) e decorre col tipo nefrotico (edemi, forte albuminuria, ipostenuria, moderata ipertonia); 3) *vascolare* (distruzione parcellare dei glomeruli ed ingrossamento compensatorio dei rimanenti, con buona conservazione dell'apparato tubulare); forma essenzialmente cronica, che dura decenni e si manifesta clinicamente come ipertonia ed alla fine con cedimento cardiaco, senza insufficienza renale. La prova funzionale del rene indica se il paziente è ancora lontano dal terzo stadio.

Al secondo stadio, sono caratteri differenziali dalla nefrosi la macro- o micro-ematuria, l'ipertensione, eventualmente la riduzione della funzionale renale. L'interpetrazione di una albuminuria residua dal secondo stadio della nefrite cronica si basa sull'ipertonia e la prova funzionale. Più difficile è la diagnosi differenziale fra un secondo stadio con ipertonia e buona funzione renale con le altre ipertonie di altra genesi; soccorreranno soprattutto, in tal caso, l'anamnesi, il criterio dell'età, ereditarietà, ecc.

Nel terzo stadio, la diagnosi differenziale verterà sopra la sclerosi maligna, il rene idronefrotico, pielonefritico, amiloide ed anche cistico. Nelle ultime fasi, si dovrà pensare alle forme che possono mentire l'uremia.

* * *

Le sclerosi renali. Entra qui in considerazione per il clinico soltanto la sclerosi

maligna, poichè le forme di ipertonia o sclerosi benigna non hanno nulla a che fare — clinicamente — con il rene, il quale può apparire anatomicamente grinzo, ma essere rimasto ben funzionante. Entrano in discussione per la diagnosi differenziale le ipertonie. Se vi è pressione elevata, mentre l'escrezione dell'acqua e la chimica sanguigna sono normali, si può trattare di ipertensione benigna o di glomerulo-nefrite al secondo stadio, specialmente nella forma vascolare. Un criterio per la diagnosi differenziale ci viene offerto soprattutto dall'anamnesi di una glomerulo-nefrite sofferta; invece l'anamnesi familiare potrà deporre per una sclerosi benigna. Importante è il criterio dell'età: quanto più giovane è il malato, tanto più probabile l'ipertensione nefritica. Anche la grandezza del cuore può essere un elemento di giudizio essendo essa maggiore nell'ipertensione nefrosclerotica. Si è anche detto che ha importanza l'altezza assoluta della pressione: fino a 190, ipertensione nefritica, oltre, nefrosclerotica: ma vi sono eccezioni alla regola! Per quanto riguarda l'analisi di urina, la mancanza di albumina e di cilindri depone per una sclerosi benigna, la presenza in quantità notevoli per un'ipertensione nefritica; per la prima, parlano anche una glicemia elevata ed un alto contenuto delle urine in urobilina.

Fra le ipertonie con buona funzione renale, deve anche menzionarsi la nefrosclerosi maligna nei primissimi stadî; la diagnosi è facile quando vi è la retinite. Se invece l'ipertonia si accompagna a cattivo funzionamento renale, si deve fare la diagnosi con il terzo stadio della nefrite. Il graduale scomparire del parenchima renale porta ad un rene grinzo, con tutte le sue conseguenze, come si osserva nella tarda età. Non sono rare le forme per cui nel decorso di decenni si passa dalla ipertensione benigna alla sclerosi maligna con insufficienza renale.

Tutte le forme di ipertonia possono sboccare nello scompenso cardiaco; a questo stadio la diagnosi differenziale con lo scompenso primitivamente cardiaco è data specialmente dal peso specifico dell'urina che, con funzione renale normale, è alto nelle condizioni di stasi.

In complesso, si può dire che la diagnosi differenziale delle malattie renali bilaterali ematogene non offre difficoltà nei casi conclamati; ma ne dà, invece, di quasi insormontabili nei casi-limite. *fil.*

Diagnosi e cura delle affezioni traumatiche dei reni.

(F. FARMAN. *Journal Amer. Medic. Assoc.* 20 Gennaio 1940).

Le affezioni traumatiche dei reni sono piuttosto rare (0,04-0,25 % di tutti i casi chirurgici), ma come tutte le altre lesioni traumatiche che tendono ad aumentare principalmente a causa della sempre maggiore frequenza degli accidenti del traffico stradale. Una volta la mortalità era molto elevata, ma i perfezionamenti dei mezzi di diagnosi urologici e radiologici nonchè della tecnica chirurgica non solo hanno ridotto il numero degli esiti letali ma hanno diminuito la frequenza e la gravità dei postumi permanenti dei traumi renali.

Le lesioni traumatiche dei reni possono essere così classificate:

1) Lacerazioni della capsula adiposa senza lesioni del rene, con produzione di emorragie perirenali che ordinariamente si riassorbono e si organizzano;

2) Contusione del rene con produzione di emorragie multiple subcapsulari;

3) Rottura del rene con riduzioni in frammenti o spappolamento;

4) Rottura del parenchima e lacerazione della capsula, di solito con produzione di emorragia abbondante;

5) Rottura del parenchima, della capsula e della pelvi con fuoriuscita di urina ed ematoma perirenale;

6) Rottura renale e lacerazione del peritoneo, che si ha per lo più nei bambini;

7) Rottura del peduncolo vasale e lacerazione dell'uretere, che produce sempre emorragia letale.

È di comune osservazione il fatto che la gravità della lesione non è sempre in rapporto all'intensità del trauma.

I sintomi della rottura renale sogliono manifestarsi immediatamente, ma possono presentarsi anche a distanza di ore e talvolta di giorni.

La diagnosi di rottura di un rene si basa essenzialmente sull'anamnesi, sull'ematuria e sull'ematoma perirenale.

Il dolore si può avere anche nelle semplici contusioni delle parti molli, ma se è violento è indice di uno stravaso rapido e abbondante. Spesso nelle rotture intracapsulari si hanno vere coliche renali determinate dall'occlusione dell'uretere da parte di coaguli di sangue.

L'ematuria è il sintoma più costante e più significativo dei traumi renali ma non ha nulla di caratteristico.

Lo choc non è costante, può avere varia intensità e presentarsi a distanza varia di tempo dal trauma. Wesson afferma che lo choc immediato è dovuto non alla lesione renale ma all'azione del trauma sul plesso solare, mentre se sopravviene dopo parecchie ore è dovuto all'emorragia. Per Hermann lo choc non è mai molto grave, quando lo è depone per una lesione del fegato, del mesentere, della milza oppure per un'emorragia intraperitoneale.

L'avvenimento del trauma, l'ematuria, il dolore, lo choc lieve fanno fare la diagnosi di lesione renale, ma per accertarne il grado occorre un esame fisico accurato. Un segno im-

portante al riguardo è dato dall'ematuria perirenale apprezzabile come un tumore o una massa più o meno dura alla regione lombare. Ma spesso la sua determinazione non è facile. La rigidità muscolare, la dolenzia alla pressione e l'eventuale meteorismo possono rendere impalpabile o non fare correttamente interpretare l'ammasso retroperitoneale. L'emorragia e lo stravaso di urina può diffondersi fino alla fossa iliaca e rendersi apprezzabile nel canale inguinale.

Molto discussi sono il valore diagnostico e la pericolosità della cistoscopia, della pielografia e dell'urografia endovenosa.

Secondo alcuni la cistoscopia non sarebbe consigliabile perchè essa costituirebbe un pericolo di infezione ed aumenterebbe l'emorragia. Sta di fatto però che con la dovuta precauzione tali inconvenienti non si verificano. D'altra parte la cistoscopia consente di fare un'ispezione della vescica, che può anch'essa presentare segni di lesioni traumatiche, e di accertare il flusso ureterale dal lato leso. Nel caso che l'uretere fosse occluso si potrebbe a mezzo di catetere ureterale spostare l'eventuale coagulo occludente. La cistoscopia rende anche possibile la determinazione della capacità funzionale dell'altro rene mediante l'esame colorimetrico a meno che non ci sia anuria che è molto rara.

La pielografia e l'urografia rivelano l'esistenza di una rottura del rene, ma non ne precisano l'estrazione. Comunque l'esame radiografico deve essere sempre fatto sollecitamente perchè l'« ileo renale » e la distensione addominale, che sogliono svilupparsi rapidamente, tendono ad oscurare l'immagine renale.

Molti urologi consigliano l'urografia endovenosa ma bisogna tener conto che l'urgenza della diagnosi non consente in molti casi perdita di tempo. In effetti l'attività secretoria dei reni taumatizzati è molto ridotta o inibita per la degenerazione dei tubuli, per l'emorragia subcapsulare ed edematosa, per l'edema e per l'infarto, nonchè, in caso di choc, per la caduta della pressione e dell'apporto di sangue. Pertanto, l'urografia può riuscire utile solo nei traumi leggeri.

Allo stato dei fatti si hanno a disposizione mezzi sufficienti per stabilire la diagnosi di rottura del rene. Ma talvolta specie quando non vi sono lesioni esterne la sintomatologia non è chiara e può provocare qualche incertezza. Al riguardo è possibile la confusione tra le affezioni addominali acute e l'ematoma perirenale spontaneo, tra rottura del rene, aneurisma aortico ed emorragia di un tumore retroperitoneale.

Per lo passato il trattamento delle lesioni traumatiche dei reni era di attesa o radicale (nefrectomia), oggi è essenzialmente conservativo.

La clinica e gli esperimenti hanno dimostrato che il parenchima renale ha una notevole capacità di rigenerazione e di riparazione funzionale.

Il trattamento di attesa è certamente consigliabile per le lesioni di lieve entità ma per quelle più gravi o con manifestazioni di dubbia interpretazione alcuni autori, come Gutierrez, Delzel e Pugh preconizzano un intervento precoce allo scopo di evitare pericoli immediati e lo stabilirsi di postumi permanenti.

Redi sostiene che si debba procedere alla nefrectomia solo quando si ha la sicurezza che il rene è completamente spappolato o staccato dal suo peduncolo; negli altri casi conviene procedere alla resezione parziale o multipla dell'organo dopo averlo decapsulato. L'uso del tampone è dannoso perchè può determinare la produzione di una fistola, ma il drenaggio alla Mikulicz è utile.

Wesson fa consistere l'intervento nel tamponamento quando esiste un'emorragia abbondante, nella sutura oppure nello scapsulamento che ha lo scopo di ridurre la pressione esercitata dall'emorragia sottocapsulare ed impedire così la necrosi del parenchima.

Comunque il trattamento chirurgico delle ferite dei reni deve tendere a salvare la vita della vittima ed in secondo luogo a preservare il rene.

Non può essere data una regola assoluta per decidere sulla necessità o meno della nefrectomia. In generale questa è indicata quando la distensione del parenchima è estesa, quando esistono multiple lacerazioni profonde, quando è leso il peduncolo, quando si hanno lesioni irreparabili del bacinetto o dell'uretere oppure emorragie persistenti.

Per altro la nefrectomia è sempre azzardosa in presenza di choc, dissanguamento, tessuti spappolati, ematoma massivo e versamento urinario.

Ma la nefrectomia ha sulla chirurgia conservativa il vantaggio di eliminare il pericolo di eventuali invalidità derivanti da fistole urinarie, ascessi perirenali, pielonefrite cronica, infezioni dei reni con produzione di calcoli, emorragie secondarie, pseudoidronefrosi, ptosi renale, fatti tutti che possono rendere necessaria a distanza di tempo altri interventi ed anche l'asportazione del rene leso. DR.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

PIGHINI GIACOMO. *Le correlazioni chimico-nervose.* Con prefazione del prof. C. FRUGONI. Ditta L. Pozzi, Editore, Roma, 1940-XVIII. Pagg. VIII-172, con 35 figure. Prezzo Lire 35 + 5 %.

La vecchia concezione, intuita prima che dedotta dall'osservazione e dall'esperimento, degli intimi rapporti tra anatomia e funzione del sistema nervoso e gli altri componenti la tessitura organica, tra cerebralità psico-fisica e soma, emerge nella moderna dottrina biologica che non solo ne diede piena conferma, ma la inserì nel graduale, progressivo e sincrono sviluppo dei complessi vitali, nella successione dei vari esseri organizzati, che costituiscono la scala zoologica.

Come ben ricorda il Pighini, in questa sua poderosa e chiarificatrice opera di analisi e di sintesi biochimico-umorali, la moderna scienza, inquadrata nella dottrina costituzionalista « italiana », non è che una derivazione di quella scuola unitaria e ugualmente « italiana », che fa capo a Pitagora e ad Alcmeone; ed egli si propone di raccogliere, fondere, definire, con il suo contributo sperimentale e le sue originali osservazioni, la documentazione scientifica, anatomo-funzionale e biochimica della detta dottrina. A base di questa egli pone la correlazione tra sistema nervoso e ormoni, intesi nel largo senso di sostanze che, per via umorale, hanno funzione attiva, stimolatrice, regolatrice, organizzatrice e differenziale di ogni processo organico, e che vanno intese e studiate singolarmente nei loro attributi fisiologici.

Sostegno fondamentale di uno studio così vasto, nel vastissimo campo biologico, non poteva essere che un concetto sintetico della vita organica universale, che è quello compreso nell'anatoma-fisiologia comparata e nell'onto-filogenesi generale. Da tale studio si apprende, tra molte altre acquisizioni, come la correlazione umorale preceda quella neuro-umorale e nervosa, che è anche secernente e pluriormonale, per quanto è oggi validamente presupposto; un importante capitolo dedica l'A. a questa secrezione ormonale nervosa.

Di particolare rilievo è la trattazione dell'interessantissimo argomento, che riguarda le modalità di trasmissione degli impulsi nervosi, e che l'A. illustra nel concetto neuro-umorale e chimico-ormonale, con particolare riferimento all'influenza del sistema nervoso sulla secrezione glandolare ormonica. E a noi sembra che dal complesso di così numerose ricerche bio-chimiche, neuro-umorali, neuro-glandolari e interneuroniche, sempre più si esalti la funzione direttiva, dominatrice del sistema nervoso, e delle sue attività psico-fisiologiche, sull'intera compagine organica, per quel complesso neuro-endocrino-vegetativo, che noi ammettiamo come un elemento di primaria importanza nelle correlazioni tra neuro-psichismo e somatismo.

L'opera del Pighini, come a noi appare, nelle sue finalità più sintetiche e più generiche, trascendenti l'analisi concreta, tende, anche se non di proposito, a portare il contributo di un sottile ricercatore e di un valoroso biologo e psico-patologo, a documentazione esplicativa e sperimentale della accennata dottrina. Quanto egli prospetta od espone non è tutto dimostrativo e definitivo, nè può essere diversamente trattandosi di una scienza quasi nuova in senso sperimentale e analitico, ma come l'A. stesso dice, rievocando il pensiero di un nostro grande clinico, « chi non sa fare ipotesi non sa cercare le verità »; e nessuno oserebbe negare che la di lui opera apporti un grande specialissimo contributo a tale ricerca.

G. MÒGLIE.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

OMBRÉDANNE L. *Les hermaphrodites et le chirurgie.* Masson et C.ie, Edit., Paris, 1939.

È l'opera di un chirurgo, ma è anche e sopratutto la vasta trattazione di un argomento che nel tempo stesso, pur se con diversi intendimenti, interessa l'anatomico, il fisiologo, il biologo, il giurista e diremmo eccezionalmente il chirurgo. Può definirsi un amplio studio sull'ermafroditismo, che risale alla sua storia, del mito e della leggenda, alle sue rappresentazioni nell'arte e nella letteratura, che sottopone ad una saggia critica definizioni e classificazioni, preoccupandosi specialmente della determinazione caso per caso del « vero sesso » per poi occuparsi della personalità dell'ermafrodita. Androginoide o ginandroide esso è illustrato nei suoi caratteri più specifici, nelle diverse rivelazioni primarie e secondarie della sessualità, nei suoi tipi clinici più frequenti.

Questo studio generale sul più strano e mostruoso disordine anatomo-biologico del sesso, che si distanzia intenzionalmente da qualunque preoccupazione indagativa e speculativa sulla dottrina dell'ermafrodismo psichico secondo i concetti dell'Hirschefeld e quello della intersessualità prepuberale del Marañon, rimanendo nei stretti confini delle attitudini e delle possibilità interventiste del chirurgo, occupa circa due terzi del volume.

Il resto è dedicato alla clinica chirurgica e alla tecnica dell'operatore, nei riferimenti del complesso di 22 osservazioni personali e inedite, con intervento. Ma ciò che maggiormente interessa fra i tanti argomenti che risaltano nella struttura del libro, è quanto si rivolge alle direttive sociali e morali collegate a quelle chirurgiche e che si condensano nella vecchia massima, che era già nel pensiero di Ambro-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

gio Paré, che l'intervento deve rivolgere la sua opera di correzione nel senso del sesso che prevale nel soggetto, ma tenendo conto che il giudizio sulla funzione deve prevalere su quello delle forme. G. M.

H. v. CZETSCH-LINDENWALD e F. SCHMIDT-LA BAUME. *Salben und Salbengrundalagen*. Vol. in-8° di 223 pagg., con 36 figg. Springer, Berlin, 1939, prezzo RM. 16,80.

Fin dalla più remota antichità gli unguenti sono stati usati a scopi cosmetici e curativi, ricavandoli dalle sorgenti più strane. La moderna chimica non si accontenta di elaborare e purificare i prodotti naturali, ma prepara degli eccipienti sintetici, sicchè il numero è enormemente cresciuto, anche se molti dei vecchi sono stati abbandonati.

Uno studio scientifico e sistematico delle proprietà e caratteristiche degli eccipienti in rapporto con l'azione delle sostanze che essi sono destinati a contenere, non era stato ancora fatto finora: lo troviamo, ed esauriente, in questo libro dovuto alla collaborazione di un chimico-farmacista e di un dermatologo.

Molti ed importanti sono i problemi di interesse scientifico e pratico, che si presentano in questo campo. Per esempio, quale sarà l'effetto della sostituzione della sugna con la più moderna vaselina, nella preparazione dell'unguento all'acido borico? In quali casi saranno da preferirsi gli eccipienti di grassi vegetali, quelli animali, gli idrocarburi (vaselina, paraffina)? E tante altre questioni del genere. Necessita, quindi, di riprendere in esame le costanti fisico-chimiche e di fare delle ricerche allo scopo di stabilire le condizioni di maggiore attività per ogni unguento, di vedere come si comporta il singolo medicamento nell'eccipiente; così p. es., non va trascurato il fatto che la vaselina abbandona soltanto 1/40 dell'acido salicilico, in confronto dell'emulsione di olio in acqua.

Nè tutto questo è un campo che interessa soltanto il dermatologo, ma riguarda anche il medico generico, perchè anch'esso fa uso di unguenti antireumatici, calmanti, disinfettanti, ecc.

La trattazione è divisa in parte generale (tipi di eccipienti grassi, saponosi, emulsioni, ecc.) e speciale, in cui si considera qual'è il migliore eccipiente in rapporto al mantello acido della pelle. Largamente trattata è la parte dedicata agli unguenti come portatori di medicamenti, in cui sono considerate anche moltissime specialità.

Da ultimo, un interessante capitolo di R. Jäger (dell'Istituto per le ricerche sui colloidi) sulla funzione e l'uso degli unguenti nella protezione dei lavoratori. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 26 gennaio 1940
Presidente: prof. FIORE G.

A proposito di alcuni casi di così detta "Sindrome di Ganser,,.

G. B. BELLONI e U. SARTESCHI. — Sulla base di sette osservazioni personali tutte rappresentate da soggetti in attesa di giudizio penale e di liquidazione per infortunio gli OO. discutono il problema della « sindrome di Ganser ».

La natura isterica di essa fu enunciata dal Ganser in base a quattro casi in cui notò disturbi della sensibilità esplorata con mezzi comuni e transitorietà dei fenomeni mentali.

Nè l'una nè l'altra di queste constatazioni permettono a parere degli OO. di sottrarre questi casi alla categoria delle simulazioni alla quale fino all'epoca di Ganser hanno appartenuto.

Se un terreno patologico esiste nella cosiddetta « sindrome di Ganser » esso non è acquisito, ma costituzionale, e sembra agli OO. che possa qualificarsi come una condizione oligofrenica.

Sul cuore venoso polmonare nella stenosi mitralica. (Importanza delle venule polmonari nel compenso del piccolo circolo).

Prof. MARIO CHIOVENDA. — L'O., in base a confronti fra venule ed arteriole e fra venule e vene di grande calibro, ha potuto dimostrare che i vivaci fenomeni di ipertrofia e di iperplasia delle strutture muscolari delle venule polmonari, riscontrabili in alcuni casi di soggetti giovani venuti a morte per stenosi mitralica, sono da ritenersi sproporzionati per fronteggiare in via puramente statica l'aumento della pressione del circolo polmonare condizionato dalla stenosi mitralica, e dalla concomitante ipertrofia del ventricolo destro. Pertanto l'O. ritiene che i fenomeni mio-ipertrofico-iperplasici delle venule polmonari debbano essere considerati come il substrato anatomico di una esaltata attività funzionale contrattile delle venule, espressione di un « cuore venoso polmonare », avente il fine di favorire l'attivo svuotamento del piccolo circolo, tanto ostacolato nella stenosi mitralica.

Rilievi sulle modificazioni delle vene polmonari di grande e medio calibro in alcune condizioni circolatorie patologiche.

Prof. CESARE CIONI. — In ricerche sistematiche sulle modificazioni delle grandi e medie vene polmonari negli scompensi cronici di circolo, da varie cause provocati, l'O. trova nelle stenosi mitraliche cospicue alterazioni a carattere ipertrofico ed iperplasico delle strutture elastiche e muscolari (interpretabili come fenomeni di adattamento o di compenso) e lesioni regressive e fibrosanti (da riferire al logorio anatomico ed alla insufficienza delle strutture ipertrofizzate).

In studi collaterali a carattere sistemico l'O. trova che il tessuto muscolare liscio della parete delle vene polmonari presenta varie e vivaci reazioni sì da ricordare gli aspetti che detto tessuto assume nei vasi polmonari di quelle specie animali nelle quali il complesso vascolare del polmone interviene in maniera attiva e sicura nella regolazione del circolo.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Un caso di tubercolosi polmonare infantile con eliminazione di pneumoliti.

È stato descritto da L. de Castro e A. Saldanha (*La presse médic.* 19 dicembre 1939). Si trattava di un bambino di tre anni, che, radiografato per una frattura clavicolare destra, presentava nella zona sottoclaveare sinistra un'ombra che seguita negli anni successivi diventava più densa. La reazione di Mantoux era positiva e positiva era pure la ricerca del b. di Koch nel succo gastrico.

Esami radiografici successivi dimostravano una diminuzione dei focolai calcificati. La madre dichiarò allora che il bambino aveva emesso colla tosse numerosi elementi duri come pietre, che risultarono composti di calcio, non contenenti b. di Koch.

Il bambino migliorò sensibilmente e presenta attualmente un focolaio sclerotico senza segni di attività. L.

La frenicoexeresi associata alla toracoplastica.

Poix G., Le Foyer, Crunet Cl. (*Presse Médicale*, 1° luglio 1939) discutono sulla utilità o meno che può rivestire l'associazione della frenicoexeresi e della toracoplastica nel trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare. Concludono che la sistematica modalità di far succedere a una frenicoexeresi una toracoplastica o una exeresi del frenico a pnx inefficace deve essere abbandonata. È solo nei casi in cui malgrado una giusta indicazione la exeresi del frenico sia stata inefficace che si potrà fare una toracoplastica. Inoltre una frenicectomia eseguita a complemento in una toracoplastica parziale permette di influire sulla lesione della base e di risparmiare delle resezioni complementari fatte sulle coste inferiori. La frenicoexeresi del lato opposto a quello in cui si sia eseguita una toracoplastica non deve essere praticata che con molta prudenza e dopo che si sia riconosciuta sufficiente la funzionalità del polmone già in parte collabito.

BENDANDI.

La pertosse negli adulti.

M. E. Bircher (*Schweiz. med. Wochens.*, 2 dicembre 1939) riporta 3 casi (scelti fra una ventina di sue osservazioni) di pertosse in individui di 38, 43, 61 anni e fa rilevare che gli accessi parossistici di tosse in adulti possono essere attribuibili ad una forma larvata di pertosse. Questa, poi, negli adulti può avere conseguenze assai più gravi che nei bambini. Nel primo dei casi dell'A., si ebbe un infarto cardiaco, attribuibile al fatto che gli accessi parossistici di tosse determinano un enorme aumento della pressione endotoracica, da cui può derivare una rottura di un vaso miocardico, tenuto conto delle alterazioni vascolari possibili (da nicotina, caffè, ecc.). Nel secondo caso, l'accesso terminava con uno svenimento, che impressionava assai l'ambiente. Nel terzo, infine, si ebbe come conseguenza una forma di ipertiroidismo.

I casi di pertosse in adulti non sono molto rari; chi scrive ne osservò uno in un uomo di 57 anni, diagnosticato in base a criterî epidemiologici (coesistenza di parecchi casi nei famigliari), al tipo accessuale della tosse ed al reperto polmonare negativo.

La diagnosi può essere difficile, anzitutto perchè non ci si pensa, anche perchè nell'adulto manca spesso il vomito. Importante e significativa è la differenza fra la violenza degli accessi di tosse e la scarsezza del reperto clinico locale, nonchè la tendenza alla comparsa notturna degli accessi; utile è l'esame del sangue (elevata linfocitosi con leucocitosi assoluta). L'esame batteriologico è decisivo. Spesso, questi pazienti vagano, con diagnosi differenti, dall'uno all'altro specialista, come nel 3° caso dell'A., in cui fra l'altro venne anche consigliato un soggiorno in alta montagna che, date le cattive condizioni del circolo, peggiorò la situazione in modo minaccioso.

Per la terapia, l'A. consiglia l'uso di un buon vaccino antipertossico. *fil.*

La puntura degli edemi di alto grado.

Si pratica soprattutto alle gambe, con delle cannule di media grossezza. F. Munk (*Münch. med. Wschr.*, 1939, n. 25) consiglia di lavare la cute con acqua e sapone e, dopo asciugamento, strofinare con etere i (6-8) punti nei quali si vuole praticare la puntura, che vanno scelti in tratti esangui; non usare l'alcool, che provocherebbe la chiusura troppo precoce del foro di puntura. Questo può rimanere aperto per 4-5 giorni, permettendo così complessivamente lo svuotamento giornaliero di 4-5 litri (in pochi giorni si può arrivare a 20). È bene che le gambe siano ben gonfie prima di praticare le punture, per cui il malato sarà prima tenuto per varie ore seduto in una comoda poltrona. I piedi vanno tenuti in un bagnapiedi, facendo appoggiare la punta su una borsa di gomma con acqua calda. Dopo la puntura, le gambe si avvolgono con un lenzuolo pulito e con un panno di lana. Analogamente, si possono praticare punture sul pene o sullo scroto edematosi. *fil.*

Cura conservativa degli ascessi del fegato.

In molti ospedali tropicali si pungono gli ascessi del fegato per poter fare un esame microscopico del pus. Se si trovano polimorfonucleati e batteri si invia il malato al chirurgo. A. C. Alport e P. Ghaliougui (*The Lancet*, 18 novembre 1939) sono invece favorevoli ad

una cura conservativa anche con reperto di pus come su indicato, purchè, naturalmente si tratti di ascesso amebico. In un caso essi trovarono pus sterile in una prima puntura e b. piocianeo nella successiva. Non intervennero chirurgicamente ma adoperarono la piridina-sulfamide con successo.

Gli AA. descrivono cinque casi osservati in Egitto nell'ultimo anno. In uno si fece uno svuotamento di 3500 cc. di pus in una sola volta e complessivamente furono estratti 8100 cc. in quattro aspirazioni. Nonostante questo non ci furono segni di insufficienza epatica.

Uno solo dei cinque casi ebbe esito letale. Si trattava di un malato che non poteva essere salvato da un intervento chirurgico, perchè aveva sette ascessi intraepatici, ascessi polmonari multipli, polmonite lobare e peritonite. Questo caso presentava anche un particolare interesse come caso dimostrativo della natura setticemica di alcuni ascessi amebici, perchè all'esame istologico si vedeva un'ameba penetrare in una parete arteriosa. L.

Un caso di incompatibilità chimica.

A. L. Remezzano (*Rev. de med. y ciencias afines*, 30 giugno 1939) riporta una ricetta che viene frequentemente prescritta in un ospedale di Buenos Aires, che risulta composta di: Bromuro di potassio g. 10; Bromuro di sodio g. 6; Bromuro di ammonio g. 4; Luminal sodico cg. 40; Sciroppo semplice g. 80; Sciroppo del tolù g. 50; Acqua dist. q. b. per 200.

Per la preparazione, si sciolgono dapprima i bromuri in acqua e si aggiunge poi il luminal sodico; allora si osserva una precipitazione con sviluppo di gas, che si riconosce per ammoniaca. Procedendo per esclusione, l'A. ha trovato che questa incompatibilità è determinata dal bromuro di ammonio. Il precipitato è costituito da acido fenil-etilbarbiturico e si forma in contatto del luminal sodico con un sale di ammonio; si ha, per doppia decomposizione, fenil-etilbarbiturato di ammonio che, essendo instabile, si idrolizza, danno ammoniaca ed acido fenil-etilbarbiturico.

Si può evitare l'incompatibilità, sciogliendo prima il luminal sodico e poi il bromuro di ammonio, ottenendosi una soluzione limpida, che si mantiene bene per almeno 10 giorni.
fil.

VARIA

Gli aspetti psicologici della senescenza.

In un recente volume sull'argomento, W. B. Miles trova che le modificazioni psicologiche della senescenza rappresentano soprattutto il riflesso di quelle fisiologiche (diminuzione della forza, delle tendenze sessuali, della sensibilità al dolore). Viceversa, l' aumento delle conoscenze e l' esperienza acquisita danno delle superiorità, mentre si mantengono le gerarchie sensorio-motorie ed intellettuali e si sviluppano certe qualità di obbiettività. Un compenso psicologico delle inferiorità fisiche permette, secondo il noto psicologo, ai vecchi un soddisfacente adattamento sociale, in coordinazione con l'attività dei giovani, che rappresentano un fattore essenziale di progresso.

Indubbiamente, una delle caratteristiche psicologiche della senescenza è la diminuzione della rapidità, che è stata recentemente studiata da Brown su 130 individui di età diverse. Mentre da quelli sotto i 30 anni a quelli di oltre 50, l'efficienza passa da 12,84 a 11,93, la rapidità passa da 9,89 a 7,80. Il declino è, quindi, maggiore per la rapidità che per l'efficienza. Da ciò, l'utilità di dissociare negli esami psicologici la rapidità dall'efficienza, in modo da apprezzarne diversamente il valore secondo le caratteristiche che si richiedono per date professioni. *fil.*

Le foglie di olivo in terapia.

A. Daniel-Brunte e M. Oliviero (*Acad. de méd.*, 25 luglio 1939) hanno isolato dalla foglia di olivo varie sostanze, fra cui una che hanno ottenuto in forma cristallina ed a cui hanno dato il nome di Steroleoside, che accompagna il liposolubile clorofillico, il quale si trova in grande abbondanza nelle foglie di olivo.

Hanno poi sperimentato l'estratto totale di tali foglie, rilevando anzitutto che esso è privo di tossicità e che è inoltre dotato di notevole potere ipotensore. Tale proprietà è dovuta ad una vasodilatazione periferica e non già ad una depressione cardiaca. L'estratto totale possiede azione vagolitica e non ha alcun effetto sul sistema nervoso simpatico e nemmeno sul ritmo respiratorio.

Gli AA. trovano che esiste nella foglia di olivo un'unità ed una armonia, che si manifestano con lo sviluppo, sempre identico a sè stesso, di un principio primordiale, che comanda l'evoluzione morfologica del vegetale e, per biosintesi, la sua evoluzione chimica.
fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

M. Ragazzi. *L'approvvigionamento idrico di Genova e la mortalità per febbre tifoidea.* Off. Grafica Artigiana Genova 1939.

G. Barbiera. *La tubercolosi polmonare e l'ipertiroidismo vagliati attraverso il metabolismo basale.* Tip. I. T. E. A. Napoli 1939.

F. Di Giuseppe. *Un caso di amebiasi e lambliasi osservato nel Novarese.* Art. Grafiche De Grandi. Varallo Sesia 1939.

P. Stanganelli. *La tubercolosi in rapporto alla costituzione individuale.* Industrie Tip. Editoriali Assimilate. Napoli 1939.

L. Ciarrocchi. *Su un caso raro di cheloide multiplo.* L. Cappelli. Bologna 1939.

LA PAGINA DELLO SPECIALISTA

APPUNTI DI TERAPIA DERMATOLOGICA

Eczema acuto.

Ricordi clinici. — Chiazze di varia grandezza sparse ovunque, però con certe predilezioni regionali (popliti, piegatura dei gomiti, inguini, ecc.) a margini irregolari, arrossate sulle quali si vedono delle abrasioni puntiformi, di dove esce del siero. Questo siero si può rapprendere in croste giallastre, specialmente dove vi sono dei peli. Talvolta invece di chiazze uniformi l'eczema è costituito da elementi staccati piccoli rossi lievemente rilevati che si possono aprire alla sommità nella abrasione puntiforme caratteristica dell'eczema. Questi elementi però facilmente confluiscono in chiazze. In questo caso si vede alla periferia della chiazza ancora degli elementi staccati e puntiformi. Le chiazze possono essere talvolta edematose. Il prurito non manca mai.

Dal variare della estensione, della intensità, del colore, della figurazione della essudazione, ecc. si hanno tutte le varie specie di eczema acuto conosciuti con qualifiche diverse.

Terapia esterna. — L'eczema acuto deve essere messo al riparo da ogni irritazione. Non deve essere lavato con acqua e tanto meno con sapone. Su di esso, nella sua fase iniziale non devono essere applicate nè pomate nè paste.

L'eczema acuto deve essere delicatamente ripulito dalle croste con olio di oliva, quindi ricoperto da un buon impacco di semplice soluzione borica o borosalicilica. Questi impacchi sono di grande utilità ma devono essere fatti bene. Si prenda della garza sterile (una diecina di strati) la si tagli su per giù della forma della chiazza che si vuol trattare, si bagni nella soluzione borica tiepida, si strizzi fino a che non dia più acqua e si applichi sulla parte ammalata.

Sopra questi strati di garza si metta uno strato impermeabile (guttaperca, garza incerata) che sorpassi di circa due centimetri la superficie della garza stessa. Se la essudazione dell'eczema è molto abbondante si possono in questo strato impermeabile fare dei forellini con un ago oppure con forbici. Questo allo scopo di diminuire alquanto la impermeabilità. Questi impacchi devono essere cambiati ogni tre o quattro ore e per due o tre giorni; periodo di tempo sufficiente per calmare la fase congestizia dell'eczema. Riescono utili anche delle toccature con nitrato di argento all' 1 % una volta al giorno prima di fare l'impacco.

Invece degli impacchi si possono anche fare dei cataplasmi di fecola di patate, che spesso sono buoni decongestionati.

Ridotta in questo modo la infiammazione e le essudazione si possono tentare delle polveri o meglio una pasta all'acqua:

Pr. Ossido di zinco
Talco veneto
Glicerina . . . . ana gr. 25
Acqua distillata q. b. per fare pasta di consistenza omogenea.

Dopo uno o due giorni di pasta all'acqua si può passare ad una pasta grassa lievemente ittiolata:

Pr. Amido di riso
Lanolina
Vaselina . . . . ana gr. 20
Olio di oliva . . . . gr. 15
Ittiolo . . . . » 5

Nei giorni successivi si può aumentare l'ittiolo fino al 20 %.

Può accadere che applicando delle pomate grasse l'eczema si irriti ancora e ritorni ad essudare. In tal caso ritornare agli impacchi e quindi tentare ancora le paste.

Vi sono, sebbene raramente, degli eczemi acuti ribelli a tutte queste cure. In questi casi possono riuscire utili i raggi Roentgen.

In conclusione ricordare che l'eczema acuto non va irritato, ma calmato. Dapprima impacchi, quindi polveri, in seguito paste.

Terapia interna. — Spesso si desidererebbe, e gli ammalati invocano, una buona terapia interna specialmente in eczemi acuti, estesi su molta superficie cutanea. Una buona terapia orale o ipodermica sarebbe certamente molto più gradita ed accetta della terapia esterna a base di topici.

Ma purtroppo questa terapia non esiste. Chi ha buona pratica di questi ammalati sa quanto questa mia affermazione sia vera.

Si fanno tuttavia delle cure interne che talvolta possono riuscire di qualche aiuto alla terapia esterna. Il calcio per via endovenosa può essere impiegato. Può riuscire utile anche l'iposolfito di sodio, o di magnesio al 10 % sempre per via endovenosa. Anche la autoemoterapia può dare qualche vantaggio. La piretoterapia cioè la terapia febbrile (iniezioni muscolari di latte o di vaccini piretogeni) può riuscire utile specialmente in eczemi molto essudanti.

È utile curare l'alvo e regolare la dieta specialmente in chi è abituato a pasti abbondanti.

Tricotillomania.

Ricordi clinici. — Abitudine patologica specie nei bambini o in persone deficienti di strapparsi i capelli fino a produrre delle vere alopecie.

Terapia. — Sorveglianza e se necessario psicoterapia.

Prof. P. A. MEINERI
Direttore Ospedale di S. Gallicano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Convegno sindacale di Milano.

Il 28 aprile si è svolto a Milano un convegno interprovinciale dei Sindacati Medici, presieduto dal Segretario del Sindacato Nazionale sen. R. Bastianelli.

L'assemblea ebbe luogo durante la mattinata, nell'Istituto di studi romani. Dopo un saluto del Segretario del Sindacato provinciale di Milano, dott. Baslini, si tennero due relazioni: l'una di carattere culturale, sul tema « Medicina e urbanesimo », da parte del prof. Vito Massarotti; l'altra sui problemi sindacali d'attualità, da parte del dott. Mario Bernuzzi.

La seconda relazione fu seguita da una discussione molto animata e quasi tumultuosa, in specie riguardo all'assistenza medica nelle mutue. Il sen. Bastianelli dominò la discussione; si convenne che i problemi prospettati saranno discussi in secondo tempo con calma, per addivenire a proposte concrete.

La riunione si è iniziata e si è chiusa col saluto al Duce.

Nel pomeriggio i convenuti si recarono al Covo, resero omaggio al Sacrario dei Martiri Fascisti e visitarono il nuovo grandioso Ospedale del Perdono.

Servizi sanitari e assistenziali.

Alla Camera dei Fasci e delle Corporazioni, nella seduta del 26 aprile, il sottosegretario agli interni Buffarini Guidi, nel suo magnifico e ampio discorso, relativamente alla politica assistenziale ha ricordato che gli Enti comunali di assistenza hanno nell'esercizio decorso erogato mezzi di assistenza per l'importo di oltre 200 milioni. Nel decorso anno il patrimonio degli Enti di assistenza e di beneficenza si è accresciuto di circa 100 milioni e nuovi Enti sono stati costituiti in numero di 139 con un patrimonio totale di 79.266.862. Questi risultati stanno a significare che le fonti private dell'assistenza e della beneficenza, anzichè inaridirsi, vanno sempre più e sempre meglio sviluppandosi e accrescendosi.

In merito alla politica sanitaria ha osservato che non è il caso di drammatizzare il lieve aumento della mortalità infantile verificatosi negli anni 1937-1938, giacchè tale aumento non presenta alcun sintomo allarmante, anche perchè non siamo finora neppure in grado di stabilire se debba considerarsi accidentale o meno.

Intanto la Direzione generale della sanità, l'Opera della maternità e infanzia, gli Istituti di previdenza svolgono una attività propagandistica pratica ed efficiente in ogni caso degna di lode.

L'oratore è passato poi a considerare la politica demografica, nei suoi molteplici riflessi.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Sessione per abilitazione a libere docenze.

È indetta la sessione del 1940 per gli esami di abilitazione alla libera docenza. La procedura per le domande è quella consueta; esse devono pervenire al Ministero E. N. non più tardi del 30 giugno; le pubblicazioni potranno essere inviate direttamente ai Commissari entro il 30 settembre; questi termini sono prorogati rispettivamente al 31 luglio e al 31 ottobre per i candidati che si trovino in A.O.I. o all'Estero. Le materie per le quali può essere conferita l'abilitazione sono 239 per un numero complessivo di 493 posti.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. Prefetture

Condotte mediche.

Per disposizione del ministero dell'interno i concorsi a posti di sanitari condotti sono prorogati al 31 agosto prossimo venturo.

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Apuania, per 3 posti; scad. 31 agosto;
Asti, per 4 posti; scad. 31 agosto, ore 12;
Lucca, per 10 posti; scad. 31 agosto;
Matera, per 3 posti; scad. 31 agosto, ore 18;
Palermo, per 1 posto; scad. 31 agosto, ore 18.

Laboratori provinciali d'Igiene e Profilassi (Sezione med.-micrograf.):

Matera, per direttore; scad. 30 giugno;
Pistoia, per coadiutore; scad. 31 mag., ore 18.

Rivolgersi agli Uffici sanitari delle RR. Prefetture.

Consorzi Provinciali Antitubercolari.

Savona, per direttore medico della Sezione dispensariale di Cairo Montenotte; scad. 10 giugno, ore 18;

Udine, per direttore delle Sezioni dispensariali di Pordenone e Codroipo; scad. 3 maggio, ore 18.

Agrigento. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Conc. per titoli a direttore sanitario; scad. 10 maggio, ore 17; stip. L. 18.000, 4 quadrienni di L. 1500, vitto, alloggio personale; età limite 35 a.

Misurata (*Libia*). — La R. Prefettura di Misurata ha indetto un concorso per titoli ed esami a medico condotto per i centri di: Garibaldi, Corradini, Sliten, Tazzoli, Marconi. Scad. 13 giugno 1940. Stip. annuo L. 15.000, oltre indennità di servizio coloniale ed eventualmente di famiglia. Alloggio gratuito. Il bando è in visione presso le RR. Prefetture ed i Sindacati provinciali medici.

Roma. *Ministero dell'Educaz. Naz.* — Concorsi alle seguenti cattedre universitarie nelle Facoltà di med. e chir.: igiene a Palermo, anat. umana norm. a Catania, fisiologia umana a Ferrara, biologia e zoologia generale compresa la genetica e la biologia della razza a Siena, patologia spec. med. e metodologia clinica a Catania, clinica pediatrica a Sassari, medicina del lavoro a Siena. Scad. 31 maggio (30 giugno per i residenti in A.O.I., Colonie italiane, Estero).

Roma. *Ministero dell'Interno.* — La scadenza del concorso per il conferimento di n. 25 borse di studio per un tirocinio di addestramento in puericultura tra medici esercenti in alcune province del Regno è prorogata al 30 giugno 1940-XVIII.

VERONA. *Istituti Ospitalieri*. — Concorsi per titoli ed esami a due posti di primario chirurgo, ad un posto di primario specialista in dermosifiloiatria e ad un posto di medico chirurgo assistente radiologo.

Per bando ed informazioni rivolgersi all'Amministrazione degli Istituti Ospitalieri di Verona, via Valverde 42.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Francesco Piccinini è stato chiamato a coprire la carica di medico provinciale a Firenze. Il Piccinini — di cui è noto il valore di studioso — fino a pochi anni or sono era stato medico provinciale a Milano.

L'Accademia delle Scienze di Parigi ha conferito il premio R. Montyon al prof. Costantino Levaditi, dell'Istituto Pasteur, al quale si devono importanti contributi alla chemioterapia.

Il dott. Angelo Roffo di Buenos Aires è stato nominato commendatore nell'ordine della Corona d'Italia. L'ambasciatore d'Italia, S. E. Gabriele Preziosi, nel rimettergli le insegne, ricordò che il Roffo è membro della Società di Scienze mediche e naturali di Parma e d'altri enti culturali italiani e che nel 1936 l'Università di Firenze gli conferì il premio Banti, dell'importo di L. 10.000, che dal Roffo venne ceduto alla Lega italiana per la lotta contro il cancro.

Il dott. Angelo H. Roffo è stato nominato, dalla « Eastern Reserve University » di Wolmington (Stati Uniti), professore corrispondente dell'« Istituto per studi panamericani e di relazioni internazionali ».

Il prof. Fernando Enriquez de Salamanca y Danvila, presidente dell'Accademia di Medicina di Madrid, è stato nominato decano della Facoltà medica della stessa città.

NOTIZIE DIVERSE

Statistica dei medici italiani.

Il dott. Tizzano ha compiuto un notevole studio sul numero dei medici in Italia e sulla loro distribuzione territoriale. Nello spazio di 7 anni, dal 1930 al 1937, il numero dei laureati in Medicina e Chirurgia si è quasi raddoppiato, e la percentuale nel complesso dei laureati è passata da 15,8 a 20,3 il che indica che nelle altre Facoltà l'aumento dei laureati è notevolmente minore. Nel 1936 vi erano 33078 medici, di cui però meno della metà (47,7 %) liberi professionisti; gli altri prestavano servizio alle dipendenze di aziende, enti, ecc., retribuiti con stipendio. Così « L'Univers. It. » (apr. 1940).

Federazione Nazionale Fascista degli Istituti di cura.

È stata tenuta in Roma, presso la sede della Federazione Naz. Fasc. degli Istituti di Cura, l'assemblea plenaria dei designati al nuovo Consiglio e dei Presidenti e Componenti delle Commissioni Tecniche Nazionali.

Il Commissario ministeriale presso la Federazione prof. Milziade Magnini, nel rivolgere ai numerosi intervenuti il suo cameratesco saluto, li ha invitati a collaborare tutti, nella loro qualità di componenti dello stato maggiore della Federazione, alla soluzione dei più importanti problemi che interessano i vari settori di specializzazioni curative, per taluni dei quali ha precisato il proprio punto di vista.

Il consigliere naz. Magnini ha quindi data la parola al direttore della Federazione, dott. Scamardella, il quale ha esposto con una approfondita e precisa relazione il bilancio dell'attività svolta dalla Federazione durante il passato anno, le soluzioni che si sono ottenute per taluni dei problemi affrontati, e quelle che si spera ancora di poter ottenere per altri.

È seguita una discussione alla quale hanno preso parte tutti i Camerati presenti.

La riunione, perchè svoltasi nella ricorrenza della festa del lavoro, ha avuto una particolare elevata significazione; essa si è distinta per l'elevatezza del tono della discussione e per il numero e l'importanza degli argomenti trattati.

L'adunata ha avuto inizio e si è conclusa col saluto al Duce.

La " Giornata Medica ,, alla Fiera di Milano.

Il 27 aprile, nel pomeriggio, si è svolta nella Fiera di Milano, la « Giornata Medica » alla quale, oltre numerosi medici, è intervenuto l'Eccellenza Petragnani, direttore generale della sanità pubblica.

I partecipanti, prima della manifestazione, hanno visitato il « Covo ».

Accompagnati da alcuni rappresentanti dell'Ente fieristico, i medici hanno passato in rassegna le Mostre medico-sanitaria e della chimica e il padiglione della Scuola materna.

Si è pure svolto un Convegno di chimica, al quale hanno partecipato una ottantina di chimici di ogni parte d'Italia.

Accordo italo-belga per l'esercizio della medicina.

Con legge n. 2016 del 30 nov. u. s. è data piena ed intera esecuzione all'accordo effettuato

in Roma fra l'Italia e il Belgio, concernente l'esercizio della Medicina e Chirurgia nei due Paesi. Con tale accordo viene stabilito che i sudditi italiani laureati nel Belgio e i sudditi belgi laureati in Italia potranno esercitare rispettivamente nel Belgio e in Italia.

Istituzione del premio " R. Dalla Vedova ,,.

Con atto stipulato il 9 marzo c. a., il direttore della Clinica Ortopedica della Regia Università di Roma, prof. gr. uff. Riccardo Dalla Vedova, ha istituito un premio quinquennale di L. 25.000 per lo incremento delle discipline ortopediche, donando una cartella di rendita di L. 100 mila per la costituzione del capitale corrispondente.

Il premio « Dalla Vedova » sarà messo a concorso ogni cinque anni e verrà assegnato indivisibilmente a quel laureato in medicina presso un'Università del Regno, che sia di razza italiana e iscritto al P.N.F. o ad un G.U.F. e che abbia apportato con i suoi lavori, un apprezzabile contributo alla « Ortopedia e traumatologia dell'apparato motore ». Il rettore potrà tuttavia prescindere dal concorso sentito il parere delle altre Autorità accademiche, e attribuire il premio ad un medico italiano che, per opere o scoperte, sia venuto in fama di singolare perizia tra i cultori della materia. E, qualora il premio non fosse aggiudicato, il suo importo rimarrà diviso in 5 parti uguali costituenti altrettante borse di studio « Riccardo Dalla Vedova » da mettersi a concorso una per anno tra i laureati di medicina da non più di quattro anni in Roma, che vi abbiano frequentato l'intero corso universitario conseguendo nell'esame di laurea i pieni voti legali.

Fondazione Abbott.

Gli amministratori del fondo « Clara A. Abbott » hanno assegnato circa un milione e mezzo di dollari alla « Northwestern University » e un milione di dollari all'Università di Chicago.

Le due assegnazioni sono destinate a ricerche di medicina e di chimica. Quella fatta all'Università di Chicago ha lo scopo d'integrare la somma di un milione e mezzo di dollari, promessa dalla Fondazione Rockefeller per ricerche biologiche, sotto la condizione che si ottenesse, per altre vie, un altro milione di dollari.

Altre assegnazioni cospicue sono state fatte a scopo benefico dalla Fondazione Abbott, tutte nello Stato di Chicago: 250.000 dollari al « Victory Memorial Hospital » di Vaukgam, altrettanti allo « Evantson Hospital », altrettanti al « Knox College » di Galesburg. Complessivamente le assegnazioni ammontano a circa 65 milioni di lire it.

In tal modo il fondo viene ora ad essere esaurito.

La signora Clara A. Abbott era vedova del dott. Wallace C. Abbott, che fu per molti anni medico pratico a Chicago; nel 1888 egli cominciò la fabbricazione di prodotti chimici e farmaceutici a Rasenswood, nell'Illinois; i laboratori Abbott ebbero poi grandissimo sviluppo.

Egli morì nel 1921; la vedova gli sopravvisse tre anni.

Azioni giudiziarie.

In una casa di salute di Roma era stato ricoverato, tempo fa, un distinto avvocato di provincia per esservi operato di cataratta ad un occhio. L'operazione riuscì benissimo e il malato, dopo pochi giorni, ebbe il permesso di alzarsi per qualche ora. Ma proprio il primo giorno una inserviente, dopo essersi chinata per aiutare il paziente a svestirsi, si alzò con un movimento brusco ed urtò contro l'occhio operato di recente, in modo che la ferita si riaprì. Dopo due giorni la ferita si è rimarginata, ma la facoltà visiva dell'occhio è risultata perduta.

Citato per danni il proprietario della clinica, il Tribunale e la Corte d'Appello di Roma ritennero responsabile il proprietario, sia perchè era risultato che la inserviente non era un'infermiera diplomata, sia perchè essa si era comportata con leggerezza. Ricorse in Cassazione il proprietario della clinica e il Supremo Collegio rinviava la causa dinanzi alla Corte d'Appello di Firenze perchè esaminasse meglio se il comportamento dell'ammalato avesse concorso a produrre l'evento. La Corte di Firenze confermava il giudizio della Corte di Roma: di qui nuovo ricorso del proprietario della clinica al quale ha resistito lo sfortunato malato La Corte Suprema, nonostante le conclusioni del P.M., ha respinto il ricorso compensando le spese.

Notizie sanitarie di guerra.

Il corpo medico francese ha perduto in guerra il capitano medico E. Poutrin ed il medico ausiliario Guy Richard; questi era da poco diplomato e contava 27 anni.

Il ten. med. Gallony di Marsiglia è stato decorato della croce di guerra e nominato cavaliere della Legion d'onore.

Nell'Università di Montpellier sono stati richiamati all'insegnamento, rispettivamente della terapia e della medicina legale, i proff. Galavielle e Alicot, al posto dei proff. Janbon e Vidal, mobilitati.

Il dott. Grenet di Parigi è stato designato come segretario generale della Società francese di pediatria per tutta la durata della guerra.

In Islanda una petizione con 21.000 firme (su 59.000 persone con diritto al voto), indirizzata al Governo, chiede che venga vietato il consumo dell'alcool per tutta la durata della guerra.

Un po' dovunque.

Ricordiamo che il 5° Congresso panamericano sulla tubercolosi si terrà a Buenos Aires ed a Córdoba dal 13 al 17 ottobre 1940, sotto la presidenza del prof. Gumersindo Sayago (rua 8 de Julio 691, Córdoba) e ne sarà segretario generale il dott. Racil Denis (rua Pasteur 346, Buenos Aires).

La Società di Scienze mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 15 febbraio, sotto la presidenza del dott. Baroni. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Pederzoli, Baroni, Cusimano.

Si è tenuto a Bologna un Convegno di Storia delle Università; il Ministro Bottai ha pronunciato il discorso inaugurale; ha parlato poi il sen. Leicht; la relazione è stata fatta dal sen. Solmi.

Si è svolto a Parma un Convegno medico-biologico sul tema: « Il matrimonio fra individui di

razza diversa può essere causa di infertilità o di scarsa fertilità ».

« Minerva Medica » ha pubblicato, in data 14 aprile, un numero monografico sulla medicina tedesca (come scambio culturale con la « Medizinische Klinik », la quale nello scorso anno pubblicava un numero sulla medicina italiana). Esso reca sei lavori originali e una serie di recensioni d'articoli e libri tedeschi.

Il prof. R. Leriche ha tenuto, per invito dell'Istituto portoghese d'alta cultura, delle conferenze a Lisbona, Coimbra e Oporto.

A Milano, nel piazzale Lugano, sorgerà una nuova « Casa della madre e del bambino », per il riposo, l'assistenza e la tutela dei bimbi nelle ore in cui le madri saranno al lavoro; è costruita a cura della baronessa Giselda Weil Weis di Lainale, in memoria del compianto consorte barone Giuseppe, secondo i piani dell'ing. A. Cristofori, con la cooperazione dell'arch. B. Sarti.

Il 14 aprile è stato inaugurato a Roma, in via Largo di Lesina, presso Piazza Crati, un grande albergo sanitario per partorienti: Villa Bianca.

È in via di completamento a Stoccolma un nuovo ospedale capace di 1500 letti e con un personale di circa mille unità tra medici, infermiere ed impiegati; i sotterranei permetteranno il ricovero in caso di attacchi aerei; una sezione dell'ospedale funzionerà come Istituto del cancro; un'altra sezione è riservata ai mutilati. Le spese incontrate fin'ora ascendono a 6 milioni di fiorini, quelle totali raggiungeranno i 10 milioni.

Il 19 febbraio fu inaugurato a Buenos Aires un Ospedale Centrale per tubercolotici, installato nei locali del vecchio Ospedale militare rimodernato. Assisterono alla cerimonia il Presidente della Repubblica, dott. Roberto M. Ortiz, vari Ministri, il Cardinale primate ed altre autorità. Il nuovo stabilimento sarà diretto dal dott. Antonio Cedrángolo.

Il 9 marzo si è aperta a Berlino, nell'Ospedale pediatrico Lichtenberg, una nuova stazione per la raccolta di latte muliebre (è la 2ª di Berlino e la 15ª della Germania).

A Lodz, divenuta ora Litzmannstadt, l'Ospedale Moschicki ha ricevuto il nome di Ospedale Bier.

Nel Portogallo si è iniziata la pubblicazione della « Gazeta Medica »; il primo numero riguarda la chirurgia di guerra; contiene anche una rivista storica dei metodi chirurgici dall'Iliade ai tempi moderni.

Secondo dati ufficiali, nella Russia dei Sovieti durante il 1938 erano disponibili 672.000 posti-letto, di cui 94.000 per il personale addetto alle ferrovie ed ai trasporti aerei e per gl'istituti psichiatrici; degli altri posti-letto, 398.000 erano nelle città e 178.900 nelle campagne. Nel 1913 i posti-letto disponibili erano stati solo 175.500. Il numero di medici nel 1938 era calcolato in 110.000, contro 19.785 nel 1913 (D. m. W., 19 apr. 1940).

In Germania un'ordinanza del 27 febbraio sulla lotta contro le malattie sessuali, stabilisce che i seguenti interventi siano attuabili solo con il consenso del paziente: puntura lombare, cistoscopia, cateterismo ureterale, dilatazione chirurgica delle vie urinarie.

In Germania durante il 1938 sono state ritirate più di 5000 licenze ad autisti, a causa di tendenza all'ubbriachezza e per eccesso di velocità.

La Società artistica dei medici di Los Angeles (California) ha tenuto un'esposizione di sculture, pitture, disegni, fotografie e opere manuali, dall'8 al 31 gennaio.

La Società orchestrale dei medici di New York, inauguratasi l'8 dicembre, si è prodotta in esecuzioni difficili ed apprezzate.

Il prof. Mrzce di Budapest dimenticò nell'addome di certa Margherita Kalhmann, operata per ulcera gastrica, un panno di cm. 55 per 70; i disturbi consecutivi resero necessario un nuovo intervento, cui seguì un'azione giudiziaria. L'operatore si è scagionato, in quanto la responsabilità della dimenticanza spetta al personale assistente.

I laureati del 1890 nella Università di Bologna sono pregati d'inviare la loro adesione al dott. Nicola Tucci a Penne (Pescara) per una riunione a Bologna — in epoca da stabilirsi — in occasione del cinquantenario di laurea.

La signorina Angela Infanti partecipava alla raccolta delle offerte per la « Giornata delle Due Croci » svoltasi a Napoli; mentre ella percorreva il corso Umberto I, venne colpita da un pezzo di cornicione staccatosi da un palazzo e poco dopo decedeva all'Ospedale dei Pellegrini. Il cordoglio suscitato da tale disgrazia è stato unanime nella cittadinanza, che ha partecipato commossa ai solenni onori funebri organizzati dal Consorzio provinciale antitubercolare.

Corrigenda:

Riceviamo:

Nel numero 7 de « Il Policlinico » (Sez. Pratica) del 19 febbraio 1940 è comparso un mio lavoro dal titolo: « Il quadro nosologico tra gli indigeni dell'estremo Ovest Etiopico (Beni Sciangul) nei suoi aspetti più caratteristici ». Questo numero mi è pervenuto solo oggi e leggendolo ho notato alcuni errori, sfuggiti al revisore del dattiloscritto e delle bozze di stampa, desidero rettificarli:

A pag. 271 alla riga 28 della seconda colonna è scritto: « ... sindrome: febbre elevata (40°), « brividi intensi, stomaco dolente, quindi periodo « di apiressia, poi tinta itterica, vomito nerastro « (bile e sangue) » mentre il testo avrebbe dovuto essere il seguente: « ... sindrome: febbre « elevata (40°), brividi intensi, stomaco dolente, « ittero, emoglobinuria, vomito nerastro (bile e « sangue) quindi periodo di apiressia ».

Sotto la figura 6 al posto di « piede di Madura » e sotto la figura 7 al posto di « caso di filariosi » leggi: « caso sospetto di filariosi ».

A pag. 274 alla riga 5 della prima colonna al posto di: « La filaria è presente » leggi: « La « filariosi è probabilmente presente ».

Questi errori sono esclusivamente dovuti al fatto che non ho potuto personalmente correggere il dattiloscritto ne le successive bozze di stampa regolarmente inviatemi dalla Direzione della Rivista.

Addis Abeba, 6 aprile 1940-XVIII

Dott. ENRICO DE LOTTO

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Klin. Woch., 23 dic. — L. R. Müller. Processi bioelett. nel cervello durante la veglia e il sonno. — G. Lami. Reticolociti e succo gatr.

Forze San., 15 dic. — F. Corelli. Trasfus. di sangue puro e conservato.

Med. Klinik, 22 dic. — M. Niethammer. Striae cutis distensae. — H. Hoettel. Digitatis lanata.

Münch. Med. Woch., 8 dic. — H. Kämmerer, I. H. Schultz. Asma bronchiale.

Journ. A. M. A., 25 nov. — L. S. King. Virus neurotropi. — W. W. Bablock. Colostomia.

Min. Med., 15 dic. — G. Fregonara. Terapia istaminica dell'ulcera gastr. e duod.

Gaz. d. Hôp., 26-30 dic. Prime cure agli intossicati da gas.

Pathologica, 15 dic. — F. Bordonaro. Melanosi dell'appendice. — G. Natucci. Anomalie delle arterie bronchiali.

Amer. Journ. Med. Sc., dic. — A. A. Holbroock e M. V. Watson. Viscosità del sangue. — M. Morrison e A. A. Semwick. Biopsia del midollo osseo. — H. Molitor e L. Fernandez. Iontoforesi. — J. E. Howard e S. A. Vest. Ormoni sessuali masch.

Edinb. Med. Journ., genn. — R. W. Johnstone. Dismenorrea.

Practitioner, genn. — Sulfonamidi.

Wien. Klin. Woch., 5 genn. — N. v. Jagic. Dieta ed emopatie. — K. Schreider. Malattie allergiche della cute.

Deut. Med. Woch., 5 genn. — Laves. Prove di Hoeben per la diagn. biolog. della gravid. — v. Hoesslin. Trattam. dell'emicrania.

Quaderni di Psich., ott. — F. Corelli. Ipersensibilità alla puntura delle zanzare.

Lancet, 30 dic. — G. W. T. H. Flemming e al. Terapia elettro-convulsiva della schizofrenia. — L. J. Harris e M. A. Abens. Adattamento della vista all'oscurità come saggio di ipovitaminosi A.

Med. Klinik, 5 genn. — F. Bering. L'eczema, processo allergico. — W. Wegner. Tbc. oculare.

Giorn. di Cl. Med., 30 dic. — M. Bufano. Endemia malarica, emopoiesi ed emopatie. — C. Seggini e F. Bezzi. Prova di Rehberg di funzionalità renale.

Journ. A. M. A., 2 dic. — R. G. Spurling. Ernia del disco intervertebrale. — J. Kotz e M. S. Kaufman. Analgesia ostetrica.

Arch. di Pat. e Clin. Med., dic. — V. Mengoli. Forma febbrile della lipogranulomatosi nodulare sottocutanea recidivante. — R. Tosetti. Arteriosclerosi dell'a. polm. ed enfisema polm. cron. ipertrofico essenz.

Brit. Med. Journ., 6 genn. — C. T. Andrews. I sulfonamidi nell'endocardite batterica. — A. Guidham. Trattamento di disordini mentali con ormone maschile.

Lancet, 6 genn. — E. H. Boon. Intubaz. del tenue. — F. Bicknett. Vitamina E nelle distrofie muscolari e nelle malattie nervose. — H. Hoff e J. A. Shaby. Estratto cortico-surrenale negli stati confusionali.

Münch. Med. Woch., 12 genn. — K. Frohnwinner. Trattam. ormonico dell'aborto abituale. — K. Oberhoff. Difesa dell'occhio nella paralisi facciale.

Wien. Klin. Woch., 12 genn. — J. Siegl. Diagn. differ. degli esantemi ac. nell'infanzia.

Med. Welt., 13 genn. — W. Löhr. Sieroterapia in chirurgia.

Med. Klinik, 12 genn. — K. Bingold. Infezioni paratifoidi. — A. Mayer. Sangue e siero di gravida come mezzo curativo.

Rev. Belge Sc. Méd., ott. — W. de Weerdt. Biopsia midollare.

Rass. intern. di Clin. e Ter., 15 genn. — G. Izar. Terapia delle colecistiti. — B. Spatolisano. Corpi estranei del duodeno.

Speriment., dic. — M. Pellegrini. Antagonismo caffeina-adrenalina. — G. Musotto. Siero antirene.

Arch. intern. Med., dic. — R. Fitz e al. Periarterite nodosa. — G. H. e E. C. Fourdé. Malaria cron. — G. Steininger e L. J. Roberts. Vitamina A. — R. A. Newburger e J. P. Peters. Glomerulosclerosi intercapillare.

Riv. di Mal., 6. — M. Acquevine Coppole. Bilirubinemia nei malarici. — G. Pansini e al. Prodotti antimalarici. — G. Pizzillo. Cura adrenalinica venosa.

Giorn. Med. Mil., dic. — Scardaccione. Cura del tracoma.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M Courrier

VOLUME XLVII Roma, 13 Maggio 1940-XVIII Num. 19

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO A DECORRERE DAL 1° MAGGIO 1940

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 80 —	L. 125	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 125	L. 180
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 60 —	L. 70	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 125	L. 180
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 60 —	L. 70	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.)	L. 165	L. 220

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. RAFFAELE PAOLUCCI.

Sul trattamento di urgenza delle ferite di guerra degli arti.

Dott. PASQUALE PONTRANDOLFI, aiuto v. e doc.

È solamente la pratica esperienza acquisita in determinate contingenze con molta fatica ed a volte con qualche errore, che mi invita a scrivere sul trattamento d'urgenza delle ferite di guerra degli arti, senza per altro aver l'intenzione di dire alcun che di nuovo su questo argomento.

Durante la guerra per la conquista dell'Impero ed in particolar modo poi durante la Campagna di Spagna, ho avuto la possibilità di curare i feriti sia sullo stesso Campo di battaglia come in un ospedale avanzato e di osservarli in seguito in un ospedale arretrato. Le osservazioni condotte durante tutto il periodo dell'azione di Catalogna sono state pertanto fatte in condizioni, mi si permetta definire panoramiche, e quindi nelle migliori per farsi un concetto personale, in un tutto di insieme, del trattamento che abbisognano i feriti degli arti per quanto riguarda la cura immediata e mediata, in rapporto al recupero precoce ed in rapporto alle conseguenze ed all'invalidità. Mi è stato così possibile, in una azione di guerra prettamente di movimento, osservare alcuni inconvenienti dipendenti dal primo trattamento, senza con ciò voler far critica ai Compagni situati più all'avanguardia conoscendo le difficoltà con le quali si lotta nelle prime linee.

Non sarà certamente fuor di luogo in questo momento in cui la fiamma della guerra arde liberamente in più Paesi ed è in Italia mantenuta vivida dalla passione di vecchi e recenti Combattenti, se si discutano alcuni problemi affinchè l'esperienza della osservazione clinica della Grande Guerra non vada perduta e venga integrata con quella delle due trascorse: la prima è in massima parte scono-

sciuta dai giovani, parimenti, l'analoga fatta nelle guerre per l'affermazione di fede e di giusta pace, è patrimonio di pochi. Nella radiosa eventualità che per la maggior grandezza della Patria sorga il giorno in cui tutta la falange rossa-crociata dei Medici venga chiamata alle Armi, è opportuno che per i giovani Colleghi la dottrina della chirurgia di guerra sia stata, almeno in qualche suo argomento più impellente, richiamata alla memoria. Ai chirurghi combattenti di tutte le guerre aggiornare e rinverdire con i ricordi della loro esperienza i vari capitoli di questa patologia.

È mio proponimento schematizzare l'opera del Medico di Battaglione e del chirurgo degli ospedali di smistamento (noi giovani siamo chiamati ad assolvere il servizio chirurgico in detti ospedali) di fronte ai traumatizzati per ferita degli arti.

Che cosa deve fare il Medico di Battaglione.

Il suo compito è quello di smistare il ferito dopo aver provveduto alla immediata più conveniente sistemazione. La precedenza ai feriti dell'addome deve esser data assieme a quei feriti degli arti ai quali è stato necessario applicare il laccio emostatico per frenare una grave emorragia; e siccome il laccio non deve essere tenuto per molto tempo poichè aggrava seriamente l'evoluzione ulteriore delle lesioni, è necessario il rapido e sollecito sgombro di tali feriti.

Le ferite delle parti molli degli arti si giovano della sola antisepsi alla tintura di jodio e di una medicatura asettica adeguatamente stretta per arrestare l'emorragia e ben fissata a che non si sposti causando infezioni di contatto e dolore. Non bisogna tamponare gli orifizi del tragitto del proiettile perchè se ne pregiudica l'asetticità.

Le ferite dei membri senza lesione ossea, ma con una o più di queste complicazioni: lesione di tronchi vascolari, tendini e nervi, vanno trattate più attentamente. Se vi è interessamento di tronchi vascolari si otterrà l'emostasi temporanea mediante il laccio. Ciò è sempre possibile per i vasi del membro superiore e per gli altri di un certo calibro, le ferite dei vasi femorali, salvo casi speciali, producono emorragia fulminea. Dati i mezzi di cui dispone il Medico di Battaglione non è possibile altra pratica che il laccio per arrestare una grave emorragia, non potendosi praticare l'emostasi definitiva che richiede un trattamento chirurgico spesso delicatamente anatomico, qualche volta indaginoso e richiedente sempre del tempo. Egli deve tenere sempre presente che è chiamato a risolvere le indicazioni vitali. Se esistono lesioni di tendini o di nervi il trattamento asettico deve essere molto curato fin da principio.

Nelle ferite degli arti con frattura, quello che risolve l'ulteriore corso di queste lesioni è il trattamento preliminare. Se si tiene presente che l'emorragia del focolaio di frattura si arresta qualora se ne rettifichi lo spostamento e parimenti cessa il dolore, dopo aver disinfettato con tintura di jodio le parti circostanti agli orifici delle ferite, a tale necessità bisogna subito provvedere. Con questa manovra l'emorragia si arresta, il dolore scompare ed il ferito arriva nelle mani del chirurgo nelle più vantaggiose circostanze possibili.

Per l'arto superiore rettificare la diafisi con l'estensione manuale ed immobilizzare provvisoriamente entro una feruia ben ovattata trattenendolo aderente al corpo con fasciatura. Sconsiglierei l' immobilizzazione provvisoria con le stecche, perchè mi è stato dato di vedere che facilmente si spostano non realizzando lo scopo, quando non sono causa, con i loro margini, di lesioni da compressione e da attrito, e di adoperare invece in larga misura le ferule che si possono con un poco di pratica plasmare nel modo più acconcio a seconda delle varie evenienze.

Per le fratture di coscia il posto di medicazione può non avere la stecca Thomas, per cui l'immobilizzazione provvisoria sarà realizzata con ferule che devono sorpassare l'articolazione coxo-femorale scendendo fino al collo del piede. Per le fratture di gamba, la ferula ovattata deve ascendere oltre l'articolazione del ginocchio fino al piede compreso.

Così semplicemente deve procedere sul Campo il Medico di Battaglione per il trattamento dei feriti degli arti.

Il compito del chirurgo dell'ospedale di primo o secondo smistamento.

Esso è in grado, se si è saputo bene attrezzare ed ha saputo formarsi un buon ambiente, di provvedere nella maggior parte dei casi in modo definitivo al trattamento delle ferite complicate degli arti. Deve ricordarsi che il trattamento delle ferite complicate dell'arto superiore è diverso da quello dell'arto inferiore per due ordini di ragione: nel membro toracico non vi sono grandi masse muscolari che ostacolino, come per l'inferiore, una pronta localizzazione dell'infezione ed una congrua pulizia delle ferite (ciò è avvalorato dalla constatazione che le complicazioni settiche sono meno frequenti per l'arto superiore che per l'inferiore); ed in secondo luogo, mentre gli arti inferiori si prestano ad un buon compenso

di funzione, questo è limitato per gli arti superiori, per cui la conservazione di un membro toracico ci autorizza a correre rischi ed a prendere attitudini che non siamo autorizzati a prendere per il membro addominale. Ricordo di un caso il cui esito mi riferì un Collega, in cui l'amputazione di un arto superiore era stata a più riprese considerata a causa di una grave totale infezione, e che risolse insperatamente con le cure secondo Friedrich.

Ciò premesso passiamo a considerare i vari tipi di lesioni.

Nelle ferite dell'arto superiore che interessano tronchi vascolari bisogna al più presto provvedere all'emostasi affinchè sia tenuto quanto meno tempo possibile il laccio. È necessario allacciare il vaso in sede, praticando se del caso ampie incisioni a livello del territorio vascolare; qualora l'allacciatura in sede di lesione non fosse possibile si procederà all'allacciatura in sede di elezione. Questa deve essere eseguita dal primo chirurgo del primo ospedale di smistamento anche se ciò richiederà tempo. Ho sentito dire di un ferito col laccio emostatico, arrivato troppo indietro negli smistamenti: l'allacciatura definitiva forse non venne praticata a causa della ressa dei feriti o forse perchè una fasciatura pulita di sangue ricopriva il laccio e pertanto non fu ritenuta opportuna la revisione prima dell'ulteriore smistamento.

Una volta legato che sia stato il vaso, bisogna avvolgere l'arto in cotone per evitare ogni infreddamento, e per prevenire gli edemi collocarlo in una ferula di abduzione. Nei giorni successivi osservare attentamente l'eventuale insorgere e progredire dell'edema, il colorito delle unghie se divenissero azzurrognole e poi nere, sorvegliare la temperatura generale e locale, saggiare la sensibilità della mano e delle dita, per essere pronti ad una tempestiva amputazione, poichè il sopraggiungere o meno di questi fenomeni ci dirà se il vaso da noi allacciato era l'unico vettore, e se si sono stabilite collaterali che lo hanno supplito nella irrorazione dell'arto.

Nelle ferite del membro inferiore che interessano i vasi femorali, quando esse non siano state fulmineamente mortali per il raro fortuito caso di una pronta applicazione del laccio o per l'altra fortuita evenienza di un ematoma sub-aponeurotico che imbisca temporaneamente l'emorragia, è miglior consiglio procedere all'allacciatura per arrestare l'emorragia, che deciderci subito per l'amputazione, perchè nell'arto inferiore la molteplicità delle vie di apporto sanguigno possono in modo inaspettato garantire dall'obliterazione di alcune di esse. È sconsigliabile qui come in altre evenienze procedere subito all'amputazione, perchè all'anemia ed allo shock causati dalla ferita si aggiungerebbero quelle causate dall'intervento, con risultati funesti immediati. Se la lesione per il deficit circolatorio lo richiederà, l'amputazione verrà praticata un paio di giorni dopo.

Le ferite che si accompagnano a lesione dei nervi periferici e dei tendini non possono in genere beneficiarsi di un trattamento immediato quale la sutura; del resto niente viene pregiudicato a rimandare il trattamento ma, perchè questo poi possa venir eseguito nelle migliori condizioni, bisogna che sia fin da principio curata la buona attitudine dell'estremità per prevenire la retrazione e la degenerazione muscolare in quei gruppi mancanti di innervazione e di funzione.

Costante deve essere la preoccupazione del giovane chirurgo dell'ospedale di primo e secondo sgombero del trattamento di queste lesioni, in vista del ricupero immediato e delle conseguenze in rapporto all'invalidità.

Per quanto riguarda le ferite degli arti complicate a lesione dello scheletro, in quelle dell'omero fa necessità preoccuparsi non dell'accorciamento e dello spostamento longitudinale bensì della possibile angolazione delle porzioni diafisarie sopra ed intra focali, ed in quelle del membro inferiore è imperiosa necessità evitare l'accorciamento.

Mi permetto pensare che per il trattamento delle fratture dell'omero non si addica un dispositivo in abduzione con ferula di Kramer nè l'estensione continua alla Kirschner (questa quando si voglia andare a ricercare la restaurazione esatta nella primitiva lunghezza del braccio può portare a pseudoartrosi), ma sia di grande utilità l'apparecchio gessato che ci permette, dopo uno o due giorni di osservazione, lo smistamento a grande distanza del ferito. Nell'apparecchio gessato la mano non deve essere lasciata pendula ma riposare su di una piccola ferula di flessione dorsale per permettere il rilasciamento della muscolatura dell'avambraccio e delle dita. La ferita si lascia allo scoperto fenestrando l'apparecchio per trattarla a cielo scoperto onde vigilarne la guarigione.

Quindi per le fratture dell'omero: immobilizzazione con gesso in abduzione di 45° con il braccio in anteposizione leggera e con la mano sostenuta in flessione dorsale.

Per le fratture dell'avambraccio, riduzione in gesso per estensione e controestensione se-

condo la tecnica di Böhler, facendo attenzione che nelle fratture del terzo superiore si deve collocare la mano in supinazione, e che in quelle del terzo medio ed inferiore la mano deve essere in posizione media. Queste posizioni evitano i calli crociati ad X. L'immobilizzazione dell'avambraccio deve arrivare in sopra fino a metà del braccio collocando l'arto in flessione di 90° ed in basso fino alla radice delle dita senza che ne sia impedita la flessione e l'estensione. Per la frattura isolata del radio riduzione in supinazione forzata.

Le fratture del carpo se non impongono la disarticolazione o l'amputazione per prima intenzione a causa della gravità della ferita (ferita da bomba a mano), dopo pulizia e regolarizzazione chirurgica, si trattano con l'applicazione di un gesso che modella la mano in flessione dorsale prolungando il bendaggio gessato fino alla palma.

Incastrando nel gesso una ferula di Kramer che circonda la mano dalla regione dorsale alla regione palmare e facendo passare per il polpastrello corrispondente un filo di bronzo che si appoggia nel posto più conveniente della ferula per praticarvi l'estensione continua, si realizza il trattamento delle fratture dei metacarpi.

Le fratture delle falangi delle dita della mano, si trattano in ferule di estensione continua con flessione intensa del dito, fissando la ferula con una fascia gessata al polso. Per il pollice l'estensione si può realizzare con una ferula dorsale collocando il dito in leggera abduzione ed in estensione.

Mentre per l'arto toracico ciò che interessa è conservare il membro nella sua qualità di apparecchio per la prensione dotato di una certa mobilità, nel membro addominale interessano invece principalmente la funzione di sostegno e di deambulazione e affinchè queste siano corrette, si deve evitare ogni accorciamento ed ogni lateralizzazione dei frammenti ossei fratturati.

A causa della massa muscolare di grande potenza dell'arto inferiore per poter conseguire una riduzione conveniente, bisogna procedere all'estensione continua. Questa non è realizzabile negli ospedali di sgombro che devono avere i letti sempre disponibili nel caso di pressante necessità di posti liberi, per cui la pratica più opportuna è quella di sistemare il fratturato dell'arto inferiore nella stecca Thomas e provvedere al suo ulteriore smistamento in ospedale arretrato, dove verrà applicata l'estensione continua.

Nelle fratture al terzo superiore e medio del femore si fa l'estensione con il filo metallico di Kirschner nella metafisi inferiore al di sopra dei condili; in quelle del terzo inferiore il filo si tende sull'estremità superiore della tibia. Il membro flesso sulla rotula deve poi essere collocato in una ferula di Braun convenientemente rivestita ed alla puleggia di trazione si applica il peso che è bene non sia superiore ai 5-7 kg. L'estensione, qualora non esista infezione locale e l'esame radiologico abbia dimostrato la riduzione permanente della frattura, può essere interrotta verso il venticinquesimo giorno, praticando un apparecchio gessato che permetta al ferito di abbandonare il letto.

Le fratture della gamba, realizzata la pulizia chirurgica degli orifizi e del tragitto, una volta ridotte si immobilizzano in una ferula di Braun; ma se per lo spostamento dei frammenti è necessaria l'estensione, questa si realizza con il filo metallico di Kirschner passato attraverso il calcagno applicando alla puleggia un peso di trazione non superiore ai 5 kg. Con pesi superiori si rischia di produrre una pseudoartrosi per eccessiva tensione. Bisogna curare che il piede non cada in equinismo. La controestensione si realizza sollevando il letto per la sua parte inferiore con un qualunque artifizio. Quando poi le ferite saranno chiuse od in franca via di guarigione e saranno passati 30 giorni, possiamo gessare la gamba in semiflessione per far alzare il ferito e dargli modo di camminare con le grucce.

Le ferite per arma da fuoco con frattura di alcune delle ossa del tarso, si trattano con la pulizia chirurgica e con l'applicazione di un gesso, immobilizzando il piede in flessione dorsale, modellandone specialmente la pianta, e fenestrando l'apparecchio in corrispondenza delle ferite.

Nel metatarso se non vi è deviazione dei frammenti, si procede alla pulizia delle ferite immobilizzando il piede nello stesso modo; ma se esiste deviazione dei frammenti si applica l'estensione continua. Fissando con il gesso una cornice di nastro di ferro al di sopra dei bordi esterno ed interno del piede, si passa il filo della trazione attraverso il polpastrello del dito o delle dita corrispondenti.

Le ferite importanti con frattura delle falangi (urto contro bombe a mano inesplose od abbandonate senza sicura) quando non si tratta dell'alluce, non meritano un trattamento conservatore e d'ordinario si procede alla disarticolazione.

Procedendo in questa maniera non si renderanno irreparabili le ferite da arma da fuoco degli arti, e si ovvierà a deformità spesso facilmente prevenibili, quali l'anchilosi, la rigi-

dità articolare, la pseudoartrosi, la flessione del ginocchio, il piede in equinismo, le atrofie, le lesioni dei tendini e dei nervi.

D'altra parte l'apparecchio gessato fenestrato applicato negli ospedali più avanzati renderà dei servizi definitivi rispetto all'immobilizzazione provvisoria e al successivo sgombro, che invece può essere subito fatto per grandi distanze.

RIASSUNTO.

L'A. sulla scorta del servizio prestato in guerra, esamina il compito del Medico di Battaglione e del chirurgo dell'ospedale di sgombero, nel trattamento di urgenza delle ferite d'arma da fuoco degli arti.

BIBLIOGRAFIA.

BERNARDO L., DREZZI G. *Lo sgombero degli ammalati e feriti in guerra.* Giornale Medico del R. Esercito. Roma.

BORDONARO F., Chirurg. org. di mov., dic. 1939.

BROCA, DUCROQUET. *La prothèse des ampules en chirurgie de guerre.* Masson, Ed. Paris.

CAVINA G. *Venti mesi di chirurgia di guerra in Ospedale di tappa.* Cappelli Ed. Bologna.

DE FRANCHIS G. *Chirurgia di guerra.* Tipog. Ed. Salentina.

DELORNE E. *Les enseignementes chirurgicaux de la Grande Guerre.* Maloine Ed. Paris.

FORNI G. *La chirurgia in un Ospedale da campo di seconda linea.* Cappelli Ed. Bologna.

GILBERTI P. *Chirurgia di guerra.* Ist. It. Arti Graf. Bergamo.

GIORDANO D. *Chirurgia in tempo di guerra.* U. T. E. T.

LEVEUF. Presse Médicale, nov. 1939.

MAGRAES G. Münch. mediz. Wochschr., ott. 1939.

MATHIEU. Presse Médicale, ott. 1939.

Ministero della R. Marina. *I servizi sanitari e la chirurgia di guerra durante la campagna di Libia e dell'Egeo sulle Navi-Ospedale e negli Ospedali Dipartimentali.*

NIGRISOLI B. *Osservazioni e pratica di Chirurgia di guerra.* Zanichelli Ed. Bologna.

PAOLUCCI R. *Pensieri di guerra e di pace di un bersagliere marinaro.* Minerva Medica. Anno XXVI, Vol. 1, 1935.

ID. *La Guerra d'Etiopia vista da un chirurgo.* Nuovo Antologia, 1936.

ID. *La cura delle fratture esposte nell'Ambulanza Chirurgica Speciale E, in Africa Orientale.* La Chirurg. degli Org. di Movim. Vol. XXII, 1936.

PEREZ G. *Norme pratiche di chirurgia di guerra.* Vallardi Ed. Milano.

PUTTI V. *Per i fratturati in pace ed in guerra.* Cappelli Ed. Bologna.

ID. *La cura delle fratture: problema di organizzazione.* Clin. Org. Mov. XIX, II.

RAZZABONI G. *Note cliniche di chirurgia di guerra.* Boll. Soc. Eustachiana. An. XVI. 1.

TOUBERT J. *Précis de chirurgie d'armée.* Doin Ed. Paris.

TRUETA I. *Treatment of War Wounds and Fractures.* London, Hamish Hamilton. Ltd. 1939.

UFFREDUZZI O. *Patologia chirurgica.* U.T.E.T.

BENEDETTO SCHIASSI

DI

BOLOGNA.

A che punto siamo nella cura delle ferite infette?

(comprese le fratture di guerra).

La natura può guarire con mezzi proprî; il curante dovrebbe sopratutto e sempre assecondarla.

(*Continuazione e fine; v. precedente n.* 18)

BAGNO GENERALE.

Un posto di cospicua importanza occupa il bagno generale, specialmente per le localizzazioni del tronco, non solo per i grandi beneficî *diretti* che può esercitare sulle localizzazioni stesse ma anche per quelli *indiretti* dipendenti dalle reazioni contemporanee e successive che dal bagno sono promosse su tutte le funzioni degli organi interni attraverso il rivestimento cutaneo.

La cute non va considerata come un'involucro del peso medio di 4 kg. che circonda semplicemente il corpo, ma un vero e proprio organo nervoso, vascolare, muscolare, assorbente e secernente: assolve a degli uffici di difesa ma è anche un trasmettitore d'impulsi ed un ricettore di stimoli e quindi un'apparato che presiede alle correlazioni fra il microcosmo, organismo, ed il macrocosmo, ambiente esterno.

Si pensi ai magnifici ritrovati del Cazzamali dai quali è risultato certo l'intimo rapporto elettro-magnetico che di continuo intercede, intermediaria la pelle, fra gli organi interni ed il mondo esterno; si pensi a tutte le variazioni nerveo-vascolari che si manifestano, viceversa, nella intimità dei visceri per opera di azioni fisiche o chimiche ognora per intermezzo della pelle. E nel campo della patologia si rifletta alla parte attiva che prende la pelle nelle malattie esantematiche, e quanto sia importante l'ufficio ad essa assegnato nelle correlazioni fra macro-cosmo, ambiente esterno, e micro-cosmo, organismo, nella genesi e nella evoluzione delle metereo-patie.

Ora è certo che il bagno per tutte le proprietà che può esercitare in senso chimico, fisico e biologico sull'organismo per mezzo del mantello cutaneo, costituisce un agente potentissimo per imprimere al complesso organico

energie ben valide per vivificare tutti i processi umorali e cellulari e quindi per creare condizioni somatiche, nelle circostanze di invasioni microbiche, capaci di opporsi ai danni che queste tenderebbero a provocare (1).

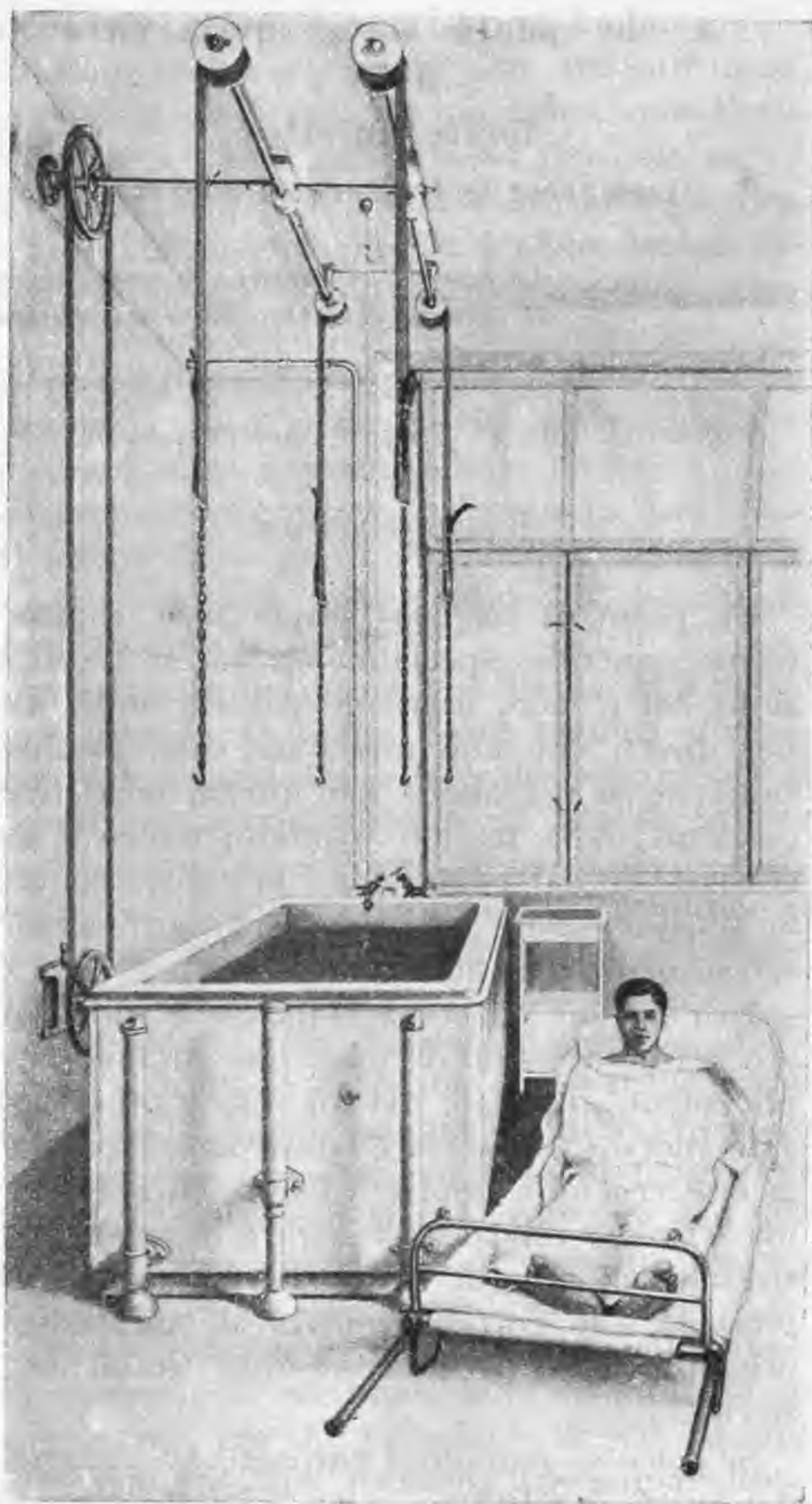



FIG. 3. — L'infermo è portato per il bagno generale presso la vasca in una barella speciale per essere posto *con questa* in immersione.

In passato mi giovai dell'amaca quale si usava nella cura del tifo: oggi credo siano da prescegliere le vasche di cui riproduco le figure.

La durata dell'immersione può essere di qualche ora.

(1) Penso si possa ammettere che il bagno generale abbia poteri benefici secondo un legame cutaneo-viscerale anche nella cura di localizzazioni infettive nel campo ginecologico.

La composizione del liquido d'immersione è precisata dalla leggenda della fig. 5.

La temperatura dell'acqua può essere regolata sui 37-37,5.

Taluni punti di cui s'è detto sin qui meritano di essere delucidati.

1) **Anestesia.** Ho avuto occasione più volte di osservare che trattando molto *precocemente* coi bagni intervallari regioni infette aperte, od anche chiuse assai dolenti, i focolai erano arrestati nella loro evoluzione e poscia andavano spegnendosi in breve. Questi avvenimenti mi invitarono a pormi il quesito quanta parte avesse l'anestesia prodotta dai bagni nel conseguimento di esiti così rapidamente favorevoli.

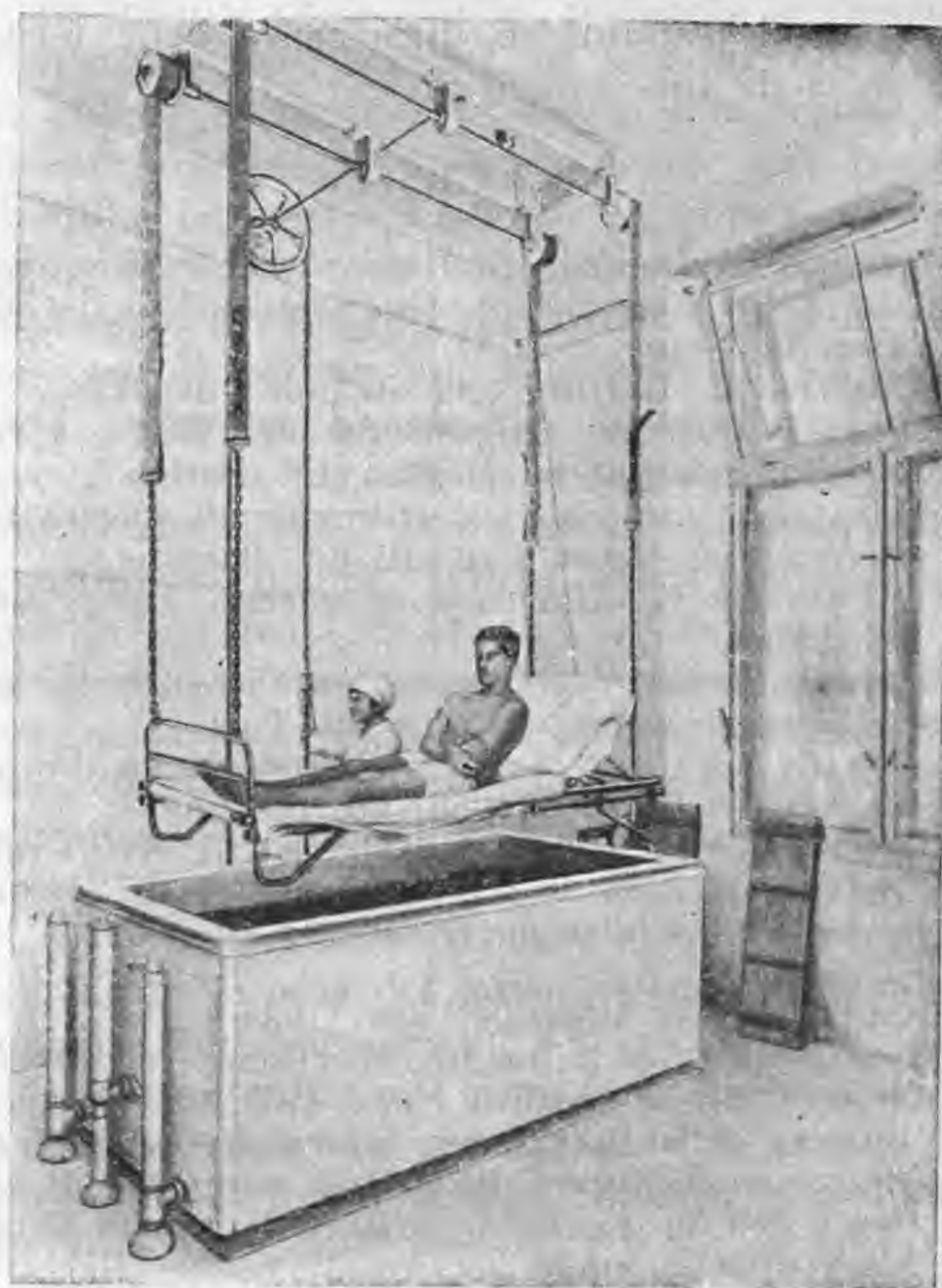



FIG. 4. — La barella sospesa ai quattro suoi angoli ad altrettante catene sta per essere calata insieme con l'infermo entro la vasca.

Ho pensato si potesse rispondere con l'ammettere che il dolore dovesse avere tale un effetto sulla nerveo-circolazione da dar luogo prima ad una vaso-costrizione seguita poi da una vaso-paralisi cioè da iperemia passiva, condizione questa propizia (secondo la nozione di patologia forse in generale non abbastanza considerata) ad una maggiore attività micro-

bica; ma che il bagno abolendo gli impulsi dolorosi conferisse alla nerveo-vascolarizzazione locale tali modifiche da permettere *alla sostanza vivente una ben valida auto-regolazione* (di cui ho fatto cenno nella definizione del processo infiammatorio) *si da indurre il focolaio verso lo spegnimento*. Se cotale veduta fosse conforme a realtà rivestirebbe una importanza cospicua, perchè aprirebbe un orizzonte terapeutico nuovissimo, in quanto indicherebbe una linea direttiva di cure finora del tutto impensate. Forse si sarebbe così autorizzati di trattare i focolai con perfusioni di sostanze chimiche anestetizzanti (iniezioni endo-arteriose), se a cotale pratica non si opponessero probabilmente molteplici circostanze, non ultime:

FIG. 5. — Subito dopo l'immersione la vasca viene coperta in gran parte con assicelle con un panno sovrapposto. La durata del bagno può essere protratta per varie ore, mentre correnti di immissione e di emissione provvedono al continuato rinnovamento del liquido.
Questo, per evitare effetti eventualmente idropizzanti, può utilmente avere una composizione che si avvicini all'acqua di mare con circa 30,35 gr. ‰ di cloruro di sodio ed 1 ‰ di cloruro di k; inoltre per conferirgli proprietà antisettiche può esservi sciolto gr. 0,30-0,40 ‰ di steridrolo.

— La proprietà anestetizzante molto fugace delle sostanze richiederebbe propinazioni iterattive non sempre effettuabili:

— Le eventuali impermeabilità di capillari non frequenti in seno alle regioni in flogosi impedirebbero una distribuzione uniforme delle sostanze iniettate; donde anestesie non omogenee nei vari punti del loculo compromesso:

FIG. 6. — L'infermo è sollevato dalla vasca e dopo la pulizia di questa può esservi ricollocato.

— Le sostanze sospinte nel focolaio potrebbero venire variamente diluite nei liquidi interstiziali e la diluizione dar luogo ad anestesie insufficienti.

Ma se queste modalità di perfusione non fossero abbastanza attive come anestetizzanti, il concetto che le mosse, di ravvisare cioè un rapporto diretto fra complesso nerveo-circolatorio da un lato e la compagine cellulare dall'altro, mi sembra sia da accettare, come concetto che esprime molto da vicino la verità; da accettare, dico, nel senso di ammettere che quando i patogeni invadono la sostanza vivente, il dolore di reazione possa ripercuotersi sulla circolazione sanguigna e linfatica distrettuale in modo da rendere sempre più ricettivo ai germi l'ambiente già in sofferenza.

Sì che risulterebbe anche una volta l'immenso valore di quella veduta forse da molti non condivisa per la quale si ammette il dominio nervoso, cioè funzionale, nella genesi e nella evoluzione delle malattie *anche infettive.*

Da cotale veduta si è autorizzati ad inferire che nella terapia corrente dei focolai (comprese le pratiche di medicatura) provvedere a che siano percepite al minimo le sensazioni dolorose costituisce un atto terapeutico di alto beneficio.

Ed ecco allora risultare la preferenza da darsi al bagno che anche sotto il punto di vista delle proprietà di influire potentemente sulle sensazioni *dolorose* riesce a raggiungere effetti duraturi ed omogenei in tutta quanta la regione in sofferenza, secondo il determinismo edemizzante che indicai altre volte (*Policl.* loc. cit. 1934) e cioè:

— essendo le sensazioni dolorose dovute ad eccitazioni da tossine bacteriche ed ai prodotti di disfacimento dei tessuti, coteste eccitazioni vengono scemate od abolite in quanto lo siero diluisce i tossici e quindi li priva delle proprietà irritanti:

— Giacchè l'edemizzazione invade tutti gli elementi anatomici, anche i nervi non solo vengono circondati ma anche infiltrati da siero, il che fa loro perdere in gran parte la facoltà di conduzione.

2) **Esosmosi.** La parola « esosmosi » qui è adoperata in senso lato: con essa si vuol alludere non alla sola fuori-uscita di siero-plasma dai tessuti, ma alla eliminazione di tutto il complesso istio-linfo-sieroso che rappresenta il prodotto dell'infiammazione e che in ogni caso è una risultante di quel gruppo di fenomeni reattivi coi quali la sostanza vivente tenta di respingere gli elementi divenuti o superflui o nocivi.

Per effetto dei bagni l'iperemia disciplinata come si è descritta procura un'abbondante apporto nella regione in flogosi di plasma e di corpuscoli che trascorrono secondo una vivida corrente che va « *dalla profondità alla superficie* »; cotale apporto ha per effetto una copiosa espulsione degli accennati elementi.

Questo provvedimento ha il pregio di essere in armonia col principio che richiamai altre volte (1).

« Un focolaio infetto volge tanto più facil-« mente verso il suo graduale esaurimento « quanto meglio sia facilitato nella espulsione « dei prodotti della flogosi » principio questo che racchiude un immenso valore in quanto ha un carattere naturalistico. Difatti con esso s'insegna di favorire la eliminazione di quei prodotti della flogosi dei quali la sostanza vivente vorrebbe liberarsi per conseguire quella invarianza fisiologica cui tende (mercè i suoi poteri di « *auto-regolazione* » che richiamai a pag. 761) qualsiasi organo od organismo una volta offeso nella sua integrità per tornare verso il suo stato originario di salute.

(1) La iperemizzazione intervallare (loc. cit.).

3) **Medicazione « a ponte » od « a tetto ».** È costume della maggior parte dei chirurghi di collocare sulla regione affetta ed entro i suoi recessi delle strisce di garza, nell'intento di assorbire ed eliminare gli essudati: ma avviene quasi sempre che mentre nelle prime ore la forza assorbente delle garze corrisponde allo scopo, nelle ore susseguenti la forza di capillarità vien meno per ingorgo delle garze; ed allora la medicatura diviene una specie di empiastro di tessuto occludente che crea una condizione opposta a quella voluta, dannosa cioè anzichè utile.

Per ricavare effetti in conformità allo scopo, bisognerebbe che le garze fossero ricambiate più volte nella giornata od almeno ogni giorno, ma ciò riuscirebbe o nocivo o doloroso; doloroso perchè per quanto la rimozione fosse delicata sarebbe sempre causa di sensazioni moleste; ed inoltre nocivo in quanto si aprirebbero nuove vie attraverso le quali si esporrebbero gli infermi a tossi-infezioni per rottura di capillari sanguigni o per assorbimento di tossine attraverso a rottura di linfatici (piccole emorragie; iperpiressie dopo ogni medicazione).

A proposito del metodo di medicatura, Cesare Magati aveva suggerito la « *medicatura rara* » che nei tempi che seguirono al seicento fino ai giorni nostri ha dato luogo ad una serie infinita di dibattiti, ed io stesso ebbi con molto rincrescimento a sostenere uno... scontro con il prof. Ruggi, Magnifico Maestro nel campo della tecnica chirurgica ma dotato di una mentalità che poco accedeva verso problemi biologici.

Il pensiero dell'Insigne frate-chirurgo, Liberato da Scandiano, come egli stesso si chiamò (1) non fu spesso bene inteso. Egli si fece caldo fautore della « *medicatura rara* » ma subordinata alla stadio della ferita infetta, ed

(1) Conterraneo di Spallanzani, il Magati era nativo di Scandiano di Reggio Emilia, bolognese di adozione.

avvertiva la giustezza di quello che ai nostri tempi si riconosce eminentemente giovevole e che ho già espresso riportando più sopra le parole del Congresso di Napoli 1921 a proposito dell'esosmosi. Quando il focolaio si trovi al primo stadio in essudazione copiosa il Magati insegnava, e dopo di lui il Nannoni ed A. Benevoli raccomandavano, che « *l'opera la* « *più degna, la più utile e la più sincera è* « *quella di medicare semplicemente con sostanze* «**assorbenti**»; e si indicavano le medicazioni con «**fila asciutte**».

Vale a dire che il Magati e suoi imitatori pensavano che un focolaio fosse condotto verso il suo esaurimento tanto meglio quanto più le pratiche « *assorbenti* » fossero attive nel liberare la ferita dal contatto di quei prodotti che essa tendeva ad espellere.

Era al secondo stadio che il Magati suggeriva « la medicatura rara » ed anche oggi la sua raccomandazione è preziosa soprattutto, come si ridirà, nel trattamento di talune lesioni ossee.

È da desiderare che i chirurgi odierni e quelli dell'avvenire, riconoscano, così come si esprime anche il prof. Bobbio nel suo aureo libro (1) che le garze poste direttamente sui focolai, qual'è anche oggi d'uso corrente, non corrispondono in generale alle necessità del sufficiente allontanamento degli essudati.

I materiali di medicazione vanno disposti « a ponte » sui focolai; meglio se si cercasse poi, nell'atto di « *rinnovare il ponte* », di immergere la regione in un bagno, al quale affidare la rimozione graduale delle garze immerse insieme con la parte malata, ove desse fossero divenute aderenti nei tratti marginali al focolaio.

Riassumendo si può dire che questo metodo di medicatura adottato caso per caso con accorgimenti adatti ha vari pregi:

— Di raccogliere, con materiali assorbenti disposti in contiguità della ferita gli essudati a misura che vengono prodotti:

— Di evitare, con le rimozioni succedentisi, di provocare (come suole avvenire nel togliere le garze quando siano disposte direttamente sul focolaio) emorragie capillari ed aperture di vasi linfatici;

— Di difendere la regione da ogni contaminazione ulteriore che potesse provenire dall'esterno.

È ben vero che la medicazione « *a ponte* » può mettere alle volte a prova la pazienza e la ingegnosità del chirurgo nelle varie costruzioni che possono essere richieste nei singoli casi, ma il rendimento è poi tale da meritare il pieno accoglimento di questa foggia di medicatura.

La medicazione « *a ponte* » poi alternata con bagni dovrebbe essere la preferita anche nella cura delle ustioni, per la quale in forza di molte ragioni sarebbe ora di smettere l'uso di unguenti, di linimenti, di imbalsamazione col tannino e simili, quali si sono venuti raccomandando anche al Congresso francese del 1937, perchè cotali medicazioni, qualunque sia la sostanza adoperata, sono sempre causa, nell'atto della loro rimozione, di orribili sofferenze e di reinfezioni come già feci notare in *Policlinico*, Sezione Chirurgica, 1934, mentre l'uso dei bagni, come descrissi, vale ad evitare le une e le altre ed insieme facilita la continuata eliminazione delle essudazioni.

Ai nostri giorni solo qualcuno comincia a persuadersi che sulle superfici ustionate non si devono applicare garze od altre medicature come ripetutamente dimostrai fra altro anche in Iperemizzazione intervallare, *Policlinico*, Sez. Chir., 1934. Il Halmanovsky raccomanda di circondare a guisa di « *gabbia* » gli infortunati con lenzuola sterili evitando che la regione compromessa abbia alcun contatto con i mezzi di copertura: Khirurgya, 1939.

Una importante per quanto breve menzione merita poi che sia fatta sui vantaggi che possono ricavarsi dall'uso dei bagni nella cura delle congelazioni. Si sa che le azioni eccessivamente prolungate ed intense del freddo, specie alle estremità, hanno per effetto forti e durature contrazioni delle arteriole cui derivano obbliterazioni vasali più o meno estese e quindi fatti di mortificazione tissurale. La Scuola di Strasburgo tutto di recente si è fatta iniziatrice di provvedere agli effetti non solo della trombosi, ma anche dei reliquati dolorosi degli antichi congelati per mezzo di infiltrazioni anestetizzanti (novocaina) nel segmento simpatico stellare od in quello lombare. Ma io credo che nell'un caso come nell'altro il trattamento iperemizzante coi mezzi descritti, più precisamente coi bagni intervallari, sia il più fruttuoso per arrestare la tendenza estensiva della mortificazione e per affievolire le sensazioni dolorose tardive, perchè cotale trattamento ha la proprietà di esercitare azioni più durevoli di

(1) L. BOBBIO. *Prima e dopo l'operazione*. Unione Tip. Torino, pag. 234, 1934.

*

quelle ottenibili con la novocaina alla quale, se mai, si dovrebbe ricorrere con iniezioni a ripetizione molte e molte volte.

Fratture.

Quanto è stato finora esposto concerne la cura in generale dei focolai. Ora sembra conveniente aggiungere qualche parola sul trattamento di particolari localizzazioni degli arti: alludo alla cura delle fratture aperte che tanto nella pratica civile e più ancora in quella di guerra abbisogna di particolari accorgimenti.

Queste lesioni vanno trattate in generale come ferite aperte delle parti molli e quindi a seconda che siano ritenute infette « *in potenza* » od « *in atto* » e queste alla loro volta ove si trovino nella prima o nella seconda fase della flogosi; in più vanno trattate in relazione alle speciali condizioni in cui si presentano le lesioni ossee.

Il prof. G. Filippi in una Relazione presentata al Congresso della Società Italiana di Ortopedia in Roma nel 1936 ha svolto magistralmente questo argomento e nello scorrere quella relazione il lettore può attingere nozioni preziosissime (1). Qui si farà solo qualche cenno su alcuni punti che sembra sia opportuno rammemorare.

FIG. 7. — Trasporto di fratturato nell'arto inferiore. Si applica da prima una uosa di pelle sul piede provvista di due tiranti laterali che poi circonderanno il plantare dell'apparecchio.

Tolta la branca superiore dell'apparecchio, il fratturato sarà in questo adagiato con l'emibacino del lato offeso circondato dall'emibacino di celluloide annesso all'apparecchio.

Fissato il piede al plantare coi tiranti annessi alla uosa, si fa azionare il passo di vite di cui è provvista ciascuna branca laterale dell'apparecchio così che si ottiene un allontanamento della parte distale dell'apparecchio da quella prossimale di tanto quanto è necessario per raggiungere la trazione che si reputi appropriata.

Si applica allora la branca superiore destinata alla prensione per il trasporto.

Il portatore solleva l'infermo mentre questo appoggia l'arto sano in flessione sull'avambraccio del portatore.

L'infermo allora può essere trasferito in qualunque carro-ambulanza, od in treno od in aereo, sempre con l'arto incluso, senza avvertire il minimo disagio nemmeno durante lunghi percorsi.

Sarebbe molto utile che tutte le ambulanze di pronto soccorso avessero per dotazione due di questi apparecchi da trasporto; contenuti in un sacco impermeabile potrebbero essere annessi al carro ed i vigili già facilmente istruiti nella loro applicazione giovarnese per il trasporto dei fratturati.

Questo apparecchio può essere applicato dal personale di pronto soccorso anche senza che all'infortunato siano tolti gl'indumenti affidando al Chirurgo la constatazione diretta della lesione quando il ferito sarà in Ospedale.

I) Trasporto:

Uno speciale interesse offre il trasporto di un fratturato, specialmente se si tratti di lesioni dell'arto inferiore. Un trasporto male effettuato può esser cagione, per parte dei mon-

(1) La relazione del prof. Filippi è corredata da una bellissima statistica di fratture curate all'Istituto Rizzoli.

coni di frattura, di lesioni vascolari e nervose gravissime talvolta male riparabili.

Per le lesioni dell'arto inferiore ha goduto e gode tuttora un grande favore, specie nei servizi di guerra, il noto dispositivo del Thomas. Ma l'apparecchio di questo A. oltre al fatto che il cerchio che circonda la coscia non offre un appoggio sufficientemente fisso, ha anche la gravissima deficienza, nei casi di frattura di femore, di non obbedire al dettame *assoluto* per la contenzione di *tutte* le fratture di provvedere alla immobilizzazione di ambedue le articolazioni contigue al focolaio. Esso dovrebbe per lo meno essere modificato secondo il suggerimento di V. Putti. A me sembrò che corrispondesse molto bene l'apparecchio di cui alla fig. 7 fornito di un emibacino di celluloide che si modella sul bacino del fratturato sul quale trova un appoggio ampio e ben stabile. Chi osservi questa figura può trarre all'evidenza la convinzione che l'arto fratturato fissato in trazione tra bacino e piede è posto nelle condizioni le più appropriate per non risentire alcuna ripercussione nociva durante le pratiche del trasporto.

Questo apparecchio serve ottimamente per mantenere poi l'arto in trazione, e per le medicature da effettuarsi sempre mentre l'arto è in trazione. Fu presentato a suo tempo alla Società Med. di Bologna nel 1916 e poi nella *Rif. Medica*, ma non ha chiamato l'attenzione che di pochi chirurghi civili, e forse di nessuno militare; però non sfuggì nel suo reale rendimento all'acuto discernimento di R. Leriche:

« B. Schiassi de Bologne vient de faire « connaître un appareil eccelent qui merite- « rait d'être vulgarisé » (1).

Tale giudizio è tanto più significativo in quanto si sa che è tendenza intransigente secolare di razza per i francesi di tenere in pregio solo le idee immaginate da loro.

II) Trattamento del loculo aperto:

Un fratturato aperto, anche se giunge al chirurgo poche ore dopo l'infortunio, deve essere considerato infetto *in potenza*, specie perchè le parti molli circostanti all'osso fratturato sogliono offrire, lacerate o contuse, un « terreno » favorevole agli attecchimenti microbici.

Non è da omettere la sollecita iniezione antitetanica.

(1) R. LERICHE. *Traitemente des fractures*. Masson, Paris, pag. 215.

È bene che il trattamento della frattura sia fatto con l'ausilio dell'anestesia: all'anestesia locale o spinale è preferibile la narcosi preceduta da una iniezione di morfina ed iniziata con l'inalazione del cloruro di etile e mantenuta poi con la inalazione di etere solf. ove la narcosi si dovesse prolungare (1).

Gli apprestamenti da applicarsi saranno analoghi a quelli descritti a pag. 756-757 cioè di tre ordini da compendiarsi così:

1) detersivi antisettici;

2) chirurgici (messa « a cielo aperto », con bisturi e forbici, di ogni recesso);

3) pratiche detersive ed antisettiche rinnovate.

Seguirà la riduzione possibilmente capo a capo della frattura « *Nessuna riduzione è diffi- « cile entro le prime dieci ore, tutte lo sono « dopo le prime quarantotto* » (V. Putti).

Nessun drenaggio. Nessuna sutura. Medicatura « a ponte ».

Qualche chirurgo si è attenuto alla norma di lasciare le ferite completamente allo scoperto fidandosi di una guarigione « *sotto-crosta* ». Ma si tratta, come già feci notare, di una norma molto rischiosa tale da esporre, specie in corsia d'ospedale, a quelle contaminazioni microbiche che furono già lamentate troppo frequenti nei tempi pre-listeriani.

III) La immobilità assoluta:

Questa è *necessarissima* perchè non avvenga alcuna scomposizione dei frammenti ed anche perchè è molto importante evitare qualsiasi movimento che determini sensazioni dolorose sempre cagione di riflessi nerveo-vascolari con ripercussioni nocive sui fenomeni vitali interstiziali della parte compromessa (v. importanza di cotesti riflessi a pag. 810-11).

La immobilità si suole ottenere con la trazione in apparecchi-docce confezionati con gesso o con dispositivi come quello immaginato da V. Putti o quello da O. Ortali per l'arto superiore o quello del Zuppinger o di Schiassi per l'inferiore o di un apparecchio di riposo a doppio piano inclinato e costruito con semplici aste metalliche.

(1) È questa l'anestesia più acconcia; rincresce però di constatare che oggi non ostante tutti i Congressi, le Società per lo studio delle anestesie, le scoperte di nuovi anestetici e l'invenzione di nuovi apparati di somministrazione non si è ancora pervenuti da parte della maggioranza dei chirurghi ad utilizzare in associazione queste due sostanze con una tecnica bene appropriata. Vedi: Scienza della Narcosi. Archiv. It. Chir. 1931.

La *elevazione* della parte distale di un arto fratturato costituisce un provvedimento molto utile perchè con ciò si ottiene che la iperemia passiva, spesso molto spiccata nei primi giorni dopo l'infortunio, sia ridotta al minimo, sia ridotto cioè quel genere di iperemia che non consentendo ossidazioni-nutrizioni locali bene attive favorisce eventuali attecchimenti di germi.

La elevazione ha poi anche per effetto, insieme con la immobilità, di concorrere alla diminuzione della percezione delle sensazioni dolorose.

Per raggiungere queste condizioni ci si può giovare per l'arto inferiore dell'apparecchio Schiassi anche se la trazione fosse effettuata con l'aiuto dell'applicazione della concezione Codivilla della prensione sullo scheletro mediante filo metallico o con altri mezzi.

Se dopo i primi cinque, sei giorni dall'infortunio non si manifestano fatti infettivi, riveduta coi raggi X la situazione dei capi fratturati, l'infermo sarà posto in apparecchio preferibilmente a gesso che deve comprendere sempre le due articolazioni viciniori al focolaio.

Là dove invece sorgessero sintomi di reazione flogistica essendo sempre mantenuto l'arto in immobilizzazione-trazione si avrà cura di provvedere alla eliminazione continuata e completa dei prodotti essudativi. Per le ragioni addotte più sopra il metodo di medicatura più fecondo di beneficio è quello « a ponte » che può essere facilmente e magari bigiornalmente applicato per l'arto inferiore tanto se questo sia incluso in un apparecchio gessato (con finestra) come se, meglio, si fosse prescelta l'utilizzazione dell'apparato Schiassi (figura 9).

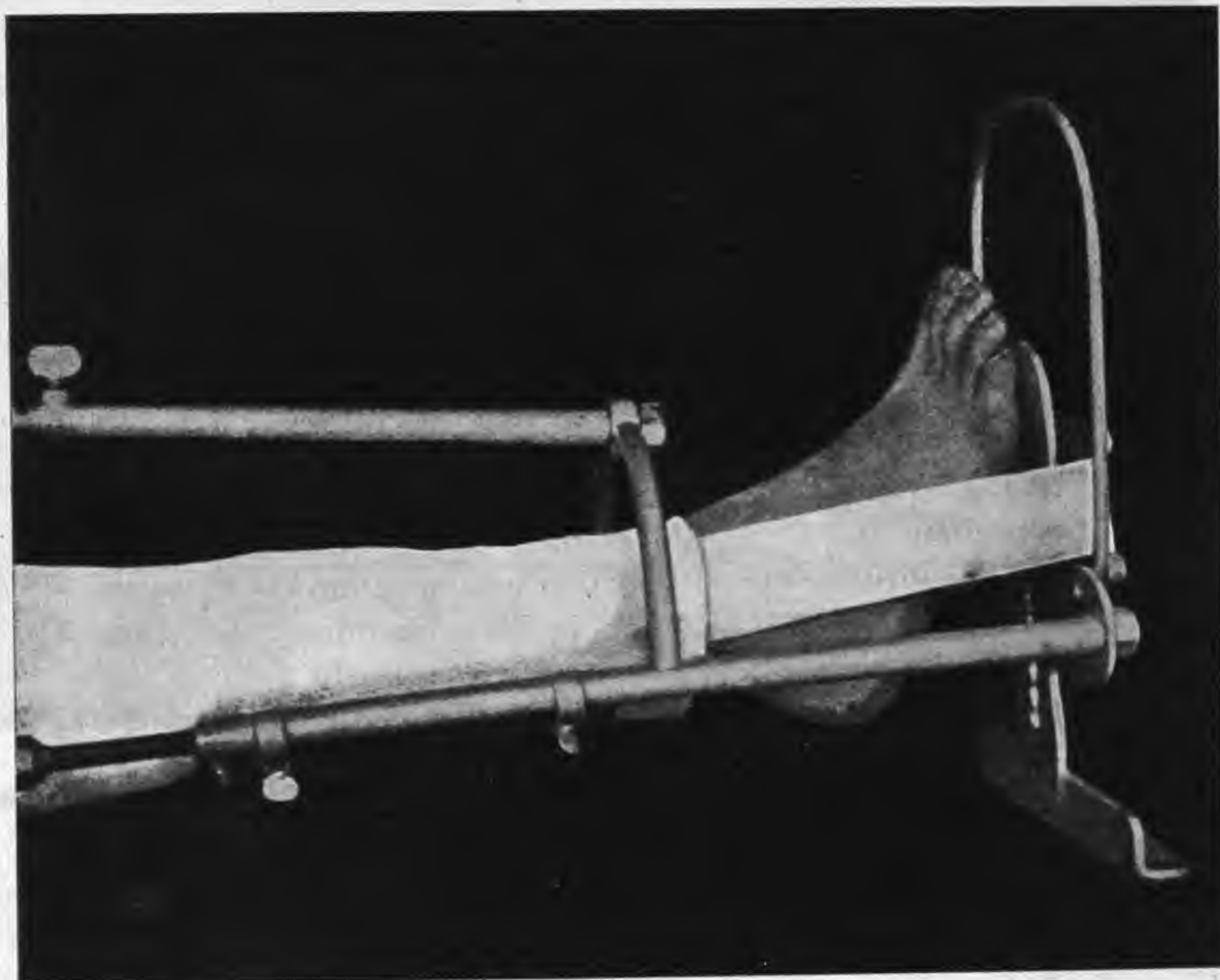



FIG. 8. — Inclusione dell'arto inferiore in trazione ottenuta col fare azionare il passo di vite annesso alle branche laterali dell'apparecchio Schiassi, mentre un largo cerotto è stato applicato da un lato sull'arto dall'altro al plantare dell'apparecchio; un'assicella trasversale poggia sul plantare per mantenere divaricate le anse del cerotto ad evitare pressioni-decubiti sui malleoli.

Per favorire l'esaurimento del processo infettivo, sull'orientamento di quanto è detto più sopra su quanto possa rendere l'iperemia attiva e l'esosmosi tissurale, si potrebbe ricorrere all'applicazione di bagni; ma le fratture in generale e soprattutto quelle dell'arto inferiore per ragioni intuitive male si prestano a queste applicazioni.

Piuttosto in base allo stesso orientamento terapeutico ritengo, anche per mia esperienza, che ci si possa giovare di applicazioni di raggi infra-rossi a corta lunghezza d'onda e

Come per tutte le cose anche per questo apparecchio non è da ammettere « la perfezione » che non è altro che una espressione ideologica. Esso offre varie mende:

1° *Può essere ingombrante.* Ma tutti gli apparecchi per fratture, specie quelli da trasporto, sono ingombranti a meno che si prescelgano semplici stecche o bastoni.

2° *Esige un prezzo elevato.* Ma i fratturati meritano che per essi gli enti soccorritori dedichino sacrifici finanziari (si dedicano tanti simili sacrifici negli ambienti ospedalieri a marmi e cristalli lussuosi e quindi inutili!!!).

« *Troppo spesso si sacrifica la cura del ricove-* « *rato alla magnificenza del ricovero* » (V. Putti).

3° *Il semi-bacino di celluloide costringe a costruire apparecchi destri ed altrettanti sinistri.* Ma se si voglia usufruire di un appoggio sicuro, solido ed ampio sul bacino del fratturato, come si ritiene necessario, perchè il bacino è il dominatore dell'arto, occorre che esso sia applicabile alla speciale conformazione del bacino destro o rispettivamente sinistro, qualunque sia la foggia del dispositivo che si voglia applicare, come, ad esempio, se si volesse utilizzare la staffa del Thomas, non ballonzolante alla radice della coscia come l'originale, ma obbligata al bacino secondo la modificazione di V. Putti.

4° *Non si presta ad applicare la trazione in atteggiamento di flessione dell'arto.* Ma questo apparecchio non lo si deve reputare universale per tutte le fratture dell'arto inferiore; lo si potrà usare nelle fratture che non richiedano forti trazioni pur facendo prensione sullo scheletro (preferibilmente sul calcagno). Ritenendo di dover ricorrere a trazioni più efficienti eliminando in parte le forze muscolari è da preferire il Zuppinger o l'eccellente piano inclinato in uso all'Istituto Rizzoli.

Del resto questo apparecchio può essere utilizzato col trasformarlo in un doppio piano inclinato come è dimostrato dalla fig. Y.

Questa figura rappresenta l'apparecchio Schiassi modificato in modo da prestarsi a collocare l'arto inferiore in atteggiamento di riposo su doppio piano inclinato.

FIG. Y

La trazione sullo scheletro (filo metallico) può essere effettuata tanto con prensione sul femore che sul calcagno, abolendo carrucole e pesi, col far azionare simmetricamente le doppie viti poste in corrispondenza delle branche laterali tanto del segmento prossimale che di quello distale all'apparecchio: il quale si presta assai bene anche per facilitare le medicazioni « a ponte ».

5° *Vi può essere per qualcuno una prevenzione avversa alla trazione a vite.* Ma questo genere di trazione ha la proprietà di essere potente ed esattamente graduabile più che quella ottenuta coi sacchi di sabbia o coi pezzi di piombo o di ghisa fra altro ingombranti ai piedi del letto.

quindi di radiazioni termo-luminose capaci di promuovere azioni iperemizzanti in profondità.

Un apparato utile può essere la lampada « Sollux » da adoperarsi come già descrissi in metodo intervallare. *Policlinico*, Sez. Chir. (loc. cit.), 1934.

In alcune adunanze recenti ed in qualche pubblicazione, si è venuto rivolgendo l'attenzione intorno ad un trattamento delle fratture aperte ch'è stato indicato come metodo ispano-americano o come metodo Orr-Trueta.

Il Trueta, ispirato, fu detto, dal procedimento Orr, lo venne applicando nella cura di tutte le fratture anche in piena infezione durante la guerra spagnola, donde il metodo designato col nome dei due AA.

Negli ambienti medici del tempo, intorno al 1910-12, fu molto noto in Bologna un chirurgo, Egisto Magni, che, preposto ad una sezione « *Isolamento* » dello Spedale Maggiore della città, con la presunzione di applicare la medicazione secondo Cesare Magati, non ricambiava le garze-cotoni sui focolai in suppurazione che allorquando le medicature erano imbevute da settimane dagli essudati. Similmente si comportava nel trattamento delle fratture aperte ed infette con la confezione di gessi ermeticamente chiusi che toglieva solo al sopravvenire di setticemie non di rado irreparabili.

FIG. 9. — Frattura aperta in prima fase di infezione.

Dimostrazione del metodo di medicazione essendo l'arto in trazione dentro l'apparecchio « Schiassi ».

Dopo la detersione della ferita, la regione viene semplicemente circondata da garze disposte tutto intorno « a ponte » appoggiate alle branche dell'apparecchio, senza drenaggi nè tubi.

Ove la essudazione sia molto copiosa, la medicatura può essere rinnovata più volte al giorno. L'infermo poi sarà posto e mantenuto nel letto con l'arto in elevazione per attenuare la iperemia passiva che per lo più domina nel focolaio.

Qui la branca superiore dell'apparecchio, utile soprattutto per il trasporto, è stata momentaneamente tolta (1).

L'americano W. Orr nella cura delle osteomieliti dopo aver svuotato il focolaio applicava dentro alla regione operata un tamponamento di garza rivestita di vaselina indotto dal duplice pensierone di prevenire l'adesione delle garze ai tessuti granulanti e di favorire il scivolamento degli essudati lungo la periferia delle garze stesse; indi chiudeva l'arto in un apparecchio gessato da rimuovere solo dopo due, tre e più settimane quando le garze si erano imbevute di essudati più o meno male odoranti.

Ma il Magni non aveva inteso proprio bene la concezione del Grande di Scandiano il qua-

(1) Gli apparecchi possono essere richiesti al cav. Fusaroli, direttore della Officina dell'Istituto Rizzoli di Bologna.

le aveva suggerito la « medicazione rara » perchè aveva osservato che il medicare troppo di frequente era dannoso per i dolori e le reinfezioni che ne derivavano, ciò che fu riconosciuto anche in tempi successivi quando si andava dicendo: « *medicare spesso è come stuzzicare un nido di vespe* ». Ed io ho sempre aderito a questa veduta tanto che, come criterio generale, giunsi sino alla « *non medicatura* » cioè al trattamento « *a ponte* » senza drenaggi nè tubi.

Ma il non medicare non vuol dire rinchiudere gli essudati dentro un focolaio quando si trova in una fase in cui dimostri di aver impellente bisogno di espellerli; nel qual caso il Magati insegnava di ricorrere alle *fila asciutte* o ad altro materiale *assorbente*.

Sono ben disposto a credere che tanto il Magni come gli odierni suoi imitatori alla Orr-Trueta abbiano ottenuto dei buoni risultati dal trattamento con gessi chiusi in molti fratturati infetti, ma solo a queste condizioni:

1) Le sedi di frattura non presentavano tessuti gravemente e di recente contusi e lacerati. (Fratture di guerra!!).

2) I germi pervenuti nella regione non erano molto virulenti. Si pensi anche al « *perfrigens* »!!

3) La infezione della frattura non si trovava più nel suo acme.

4) La immobilizzazione, quale il più efficiente fattore di guarigione, ottenuta col gesso era completa e rigorosa e vi fu associata l'elevazione.

L'attribuzione illusoria di un'azione benefica alla propinazione di una data sostanza o ad un particolare accorgimento terapeutico è sempre stato un evento di tutti i tempi.

Cade in acconcio ricordare una delle più recenti disillusioni dovuta a quanto si era assegnato alle vitamine A e D dell'olio di fegato di merluzzo; nel qual caso è risultato dalle esaurienti ricerche del Billes e del Lepsky che tolte dall'olio le vitamine gli effetti rimangono identici.

Similmente nel campo delle infezioni locali si era attribuito al liquido Dakin proprietà spiccatamente antisettiche, ma fu provato che il medesimo al momento dell'uso non agiva che come un liquido qualsiasi di lavaggio (ne ho ricordato già le ragioni).

E che dire di tutti i pregi che in gran parte fantasiosi sono stati attribuiti alla terapia endovenosa a base di calcio?

Gli esempi si potrebbero moltiplicare.

Nel caso del Magni ed imitatori si credette di attribuire al « chiuso » delle rare medicature certi pregi che in realtà dovevano essere assegnati ad altre condizioni.

Reputo di avere messo a sufficienza in chiaro più sopra che nella guarigione delle infezioni in generale la *immobilità*, l'*elevazione*, la *soppressione* del *dolore* sono le tre condizioni più propizie perchè l'infiammazione sia volta verso l'attenuazione e poi la guarigione. Ciò è tanto più vero nel caso speciale di fratture infette, e se quelli che hanno visto esiti favorevoli a seguito di applicazione di gessi, li avessero attribuiti a questi tre principali fattori piuttosto che dare importanza al « *chiuso* » si sarebbero avvicinati di più alla realtà.

Può darsi che in parecchi fratturati recenti si siano avverate talune guarigioni anche quando le garze applicate sulle ferite ed incluse ermeticamente in gessi erano divenute graveolenti, come pure può darsi che le ricerche batteriologiche condotte sulle garze imbevute di essudato abbiano avuto per esito il rinvenimento di pochi germi, ma ciò non autorizza niente affatto ad attribuire al « *chiuso* » l'effetto benefico mentre l'arto per opera del gesso ha potuto beneficiare dei tre capitali momenti che ho messo innanzi.

Se la immobilizzazione, l'elevazione e la abolizione del dolore sono indubitatamente le tre condizioni essenziali per indurre un focolaio di frattura verso la guarigione, una quarta è da aggiungere che consiste nel provvedere alla liberazione continuata del loculo infetto dagli essudati in base al postulato scientifico-clinico generale che ho citato più volte, e cioè che favorendo l'eliminazione dei prodotti di una flogosi, il focolaio tende più facilmente allo spegnimento, ciò ch'è in assoluta contrapposizione al contegno di chi si atterrebbe a favorire gli impacchi di pus sulle ferite così da creare intorno a queste un luridume occlusivo nauseabondo popolato magari da un folto brulichio di larve di mosca alle quali affidare il compito di divorare i microrganismi e sterilizzare l'ambiente, come avrebbe concepito qualche cervello americano quasi ad irrisione satanica della Scienza batteriologica (1).

Ad attenersi a queste quattro condizioni si è poi autorizzati anche dai fatti accaduti ad

(1) Il dott. Montanari ricorda che le croce-rossine e gli infermieri che assistevano gl'infermi nel « Reparto Magni » di cui ho or ora fatto un accenno usavano di ricambiare spesso il cotone imbevuto d'acqua di Colonia che introducevano nelle narici per neutralizzare il lezzo dell'ambiente.

un notevole numero di infortunati cui è capitato oltre l'infortunio iniziale della frattura anche l'altro infortunio dell'apparecchio gessato chiuso « *Orr-Trueta* » così che con ragione una personalità della chirurgia a proposito dell'apparecchio chiuso « *Orr-Trueta* » ha scritto proprio in questi giorni ironicamente che esso rappresenta un « **pis-aller** »; per alludere al «*peggio che possa accadere* » ad un infermo cui si sia voluto infliggere un così fatto apparecchio.

Cotesti fatti sono stati rilevati anche di recente da J. Lebeuf consistenti soprattutto nella insorgenza di forti reazioni febbrili da assorbimento di materiali tossi-infettivi e da vaste infiltrazioni essudative nelle regioni viciniori al focolaio primitivo, tutti episodi che esprimono la diffidenza che si dovrebbe avere verso qualsiasi provvedimento « chiuso » che si opponga al facile svolgimento degli atti esosmotici i quali ammoniscono il curante secondo il « *principio* » biologico che ho compilato da porre in testa a questo scritto. La saggezza della terapia che in sostanza è il fine supremo della Medicina ha per base di « **assecondare la natura** cui deve essere aggiunto « **mai di impedirla** ». Solo allora è dato obbedire in pieno al presioso grande imperativo:

" Sèquere naturam "

In conclusione il contegno più fruttuoso può essere prospettato così:

Fratture aperte recenti (infette in potenza?).

— Narcosi iniziata con cloruro di etile ed al bisogno continuata con etere;

— Detersione-disinfezione della regione;

— Messa a « *cielo aperto* » del loculo con mezzi chirurgici;

— Detersione-disinfezione nella intimità del loculo;

— Riduzione della frattura;

— Nessuna sutura;

— Medicazione « *a ponte* »;

— Immobilizzazione in atteggiamento di riposo e di elevazione (contro l'iperemia passiva) in apparecchio traente tale da consentire la sorveglianza della sede di frattura.

— Dopo 4, 6 giorni, revisione (raggi) della frattura;

— Confezione di un apparecchio definitivo (gesso senza finestre) essendo l'arto in trazione provvisoria;

— Revisione (raggi) della sede di frattura.

Fratture aperte in corso d'infezione.

Prima fase (infezione in acme).

— Anestesia loco-regionale o narcosi c. s. escludendo il cloroformio, tutti i barbiturici come l'evipan e simili, il rectanol, ecc. ecc., troppo spesso più nocivi che utili.

— Detersione, mondatura delicata, ma insistente minuziosissima di ogni recesso evitando bisturi e forbici e quindi astensione di qualsiasi atto che possa aprire vasi sanguigni-linfatici. Se mai qualche piccolo intervento può essere ristretto alla rimozione *prudente* di scheggie ossee o metalliche, od alla evacuazione di collezioni purulente (1).

— Immobilizzazione in atteggiamento di riposo (flessione) e di elevazione in un apparecchio che provveda per trazione alla riduzione *graduale* della frattura.

— Medicatura assorbente « a ponte » senza drenaggio (nè garze nè tubi) da rinnovare a seconda della copia della essudazione magari bigiornalmente.

Seconda fase (infezione in attenuazione).

— Revisione (raggi) della frattura;

— Applicazione di un gesso comprendente le due articolazioni contigue alla sede di frattura. Ove poi nel gesso si rendessero evidenti infiltrazioni essudative, con una finestra scolpita nel gesso verranno rinnovate ognora « *a ponte* » le garze assorbenti ed il rinnovo sarà ripetuto tanto spesso quanto sarà indicato dall'ingorgo delle garze in modo che il loculo sia continuamente favorito nell'esosmosi.

Previa, mai superflua, revisione ai raggi, un altro apparecchio di complemento in gesso senza finestre potrà essere confezionato ad essudazione quasi esaurita ed a frattura consolidata.

(1) In altro tempo, al Congresso di Napoli del 1921, designai come « *malefatte* » della Chirurgia nella cura dei focolai infiammatori quelle derivanti dallo zelo operatorio eccessivo di taluni chirurghi quando nelle pleuriti purulente, nei flemmoni peri-tonsillari, nei furuncoli delle labbra o del naso, in talune osteo-mieliti essi intervengono aprendo largamente e precocemente le regioni infette..., « malefatte » nel senso che per tal modo si aprono vie linfatiche e sanguigne in una fase dell'infiammazione in cui germi e tossine in piena virulenza assorbiti facilmente provocano nuove accensioni locali ed assorbimenti generali di virus morbigeni cause di esiti non di rado mortali.

Bisogna saper attendere !!

RIASSUNTO.

Benedetto Schiassi muovendo da un rilievo fatto dal Leriche in un discorso pronunciato a Londra in occasione della cerimonia con che si conferiva all'Esimio Chirurgo e nel contempo Grande Biologo la medaglia « Lister » del 1939, riprende la trattazione della cura delle ferite infette comprese le fratture di guerra.

Convenendo col Leriche che durante la guerra 1914-18 e negli anni successivi fino ad oggi è apparso inadeguato il rendimento delle applicazioni antisettiche in tutte quante le varietà, lo Schiassi riafferma che gli sforzi maggiori e quindi più fruttuosi non devono essere rivolti prevalentemente ad annientare i bacteri ma a rendere non più idonea alla vitalità dei germi la sostanza vivente, in omaggio anche al detto di C. Bernard: « *il bacterio è molto ma il terreno è tutto* ».

Lo Schiassi espone *perchè* e *come* ci si possa rivolgere al sangue quale « *succo tutto peculiare* » regolando la sua circolazione nella intimità dei loculi infetti per conferire al « *terreno* » le proprietà chimico-fisiche e biologiche capaci di opporsi allo attecchimento ed allo sviluppo dei bacteri.

Descrive la tecnica più appropriata per conseguire il massimo rendimento.

Mette innanzi infine alcune norme da preferire nella cura delle fratture infette.

SCHEMA INDICATIVO

TECNICA MEDICA

La prova di depurazione ureica (urea-clearance di Van Slyke).

Fra le varie prove sulla funzionalità renale, appaiono più adatte quelle dirette a saggiarne i poteri fisiologici, appunto perchè esplorano una funzione normale del rene.

Le prove semplici di Vohlard, della capacità di diluizione e di concentrazione, forniscono già un buon criterio per queste ricerche. La determinazione dell'azotemia, d'altra parte, dà anch'essa un'idea della capacità del rene a depurare il sangue dai prodotti finali del metabolismo. Appare però logico il ricorrere allo studio comparativo dell'urea presente nel sangue e di quella eliminata con l'urina, tenendo conto anche della quantità di questa.

Tale è il concetto che ha guidato Ambard nello stabilire quasi un trentennio fa la sua costante. La formula è nota:

$$K = \frac{U_s}{\sqrt{D \times \frac{70}{p} \times \sqrt{\frac{C}{5}}}}$$

in cui U_s è la concentrazione di urea nel siero, espressa in grammi per litro; D la quantità di urina eliminata in 24 ore; C la concentrazione dell'urea nell'urina, espressa in g. per 1; p il peso del paziente in kg.; 70 il peso corporeo medio a cui si rapporta quello del paziente; 5 rappresenta la radice quadrata della concentrazione di urea, ritenuta normale ($\sqrt{25} = 5$); K la costante ureo-secretoria.

In condizioni normali, si dovrebbe avere K = 0,07; vi sono, però anche nei normali, notevoli oscillazioni, tanto che lo stesso Ambard ammette che non si possa parlare di ritenzione azotata, quando tale valore non oltrepassa 0,10-0,12.

La costante di Ambard è stata oggetto di molte critiche. Anzitutto, è da osservare che la costante 5 è stata scelta un po' arbitrariamente; in secondo luogo, nel calcolo, l'urea del sangue viene calcolata in misura troppo elevata, mentre entra con un coefficiente troppo basso l'urea urinaria ($\sqrt{\sqrt{C}}$). Ne viene che bastano anche minime alterazioni del tasso ureico nel sangue per modificare la costante, mentre per le stesse variazioni sono necessarie grandi deviazioni dell'urea urinaria. L'apparente precisione di una « costante » è poi annullata dal fatto che anche nel normale le variazioni oscillano dalla metà (0,3) al doppio (0,15). La costante, inoltre, perde il suo valore quando l'azotemia raggiunge l'1/1000, mentre poi l'oliguria o la poliuria — condizioni frequenti a verificarsi negli insufficienti renali — ne alterano i risultati.

È appunto per avere dati più precisi che vari autori americani hanno impostato diver-

samente la questione, partendo dal principio di un rapporto quasi costante fra eliminazione di urea con le urine (D) e la sua concentrazione nel sangue (B), rapporto che però sarebbe variabile secondo i vari autori e cioè

$$K = \frac{D}{B} = 46,$$ con deviazione standard di ± 3,18 e variabilità di ± 6,85 %, secondo Addis; ed invece K = 56,2 (con deviazione standard di ± 2,69 e variabilità di ± 46 % secondo Davis).

È a Van Slyke che va attribuito il merito di avere riconosciuto che tale rapporto viene mantenuto soltanto quando il volume di urina eliminato è abbondante (Addis e Davis consigliavano nelle loro prove di bere grandi quantità di acqua) e superiore a litri 2,5 nelle 24 ore. Invece, quando il volume di urina emesso è più basso e, come accade nei normali si mantiene di circa 1,1 - 1 e 1/2, l'eliminazione di urea varia in rapporto con la radice quadrata della quantità di urina eliminata nelle 24 ore. Si ha, cioè: $K = \frac{D}{B\sqrt{V}\ W}$

dove V è il volume di urina nelle 24 ore, espresso in litri e W il peso corporeo in kg.

Per saggiare, quindi, con questo metodo, la funzionalità renale, occorre distinguere l'eliminazione normale di urina e quella che arriva a 1. 2,5 nelle 24 ore. Per questo, nella determinazione è di grande importanza lo stabilire esattamente, nella prova, la quantità di orina ed i minuti trascorsi fra le due minzioni; la quantità di urina si considera costante per le 24 ore e si rapporta al minuto. A seconda, poi, che l'eliminazione di urina sorpassi i 2 cmc. per minuto o ne sia inferiore, si applica l'una o l'altra formula.

1) *Quantità di urina di 2 cmc. (ed oltre) per 1'*. In queste condizioni, si considera che la depurazione avvenga al massimo e che il volume del sangue depurato dell'urea che contiene sia di 75 cmc. al 1'. Si applica allora la formula seguente:

$$C_m = \frac{U\ V}{B} \quad (1)$$

in cui: C_m = epurazione massima (*Maximum clearance*); U = concentrazione di urea nelle urine, in mg. per 100 cmc.; V = volume delle urine, in cmc. per 1'; B = concentrazione di urea nel sangue (in mg. per 100 cmc).

2) *Quantità di urina inferiore a 2 cmc al 1'*. In queste condizioni, si deve calcolare l'escrezione urinaria in funzione di un valore costante che si considera di 1 cmc. al 1' (pari a 1440 cmc. nelle 24 ore) quantità che corrisponde in complesso a quella normale. La quantità di sangue epurata è di 54 cmc. al 1'. Si ha allora il rapporto:

$$\frac{C_s}{C} = \frac{\sqrt{V_s}}{\sqrt{V}}$$

in cui Cs = Epurazione tipo (*Standard clearance*) V_s = volume-tipo di urina. Per successivi sviluppi della formula, considerando come volume-tipo 1 cmc., si arriva alla formula definitiva:

$$C_s = \frac{U\sqrt{V}}{B}$$

C esprime la quantità di sangue che viene epurata dal rene in 1' od in 2' ed oltre; nel primo caso, tale quantità è di 54 cmc. (da 40 a 68); nel secondo di 75 (da 64 a 99).

In entrambi i casi, il valore ottenuto si esprime in per cento di quello considerato come normale, rispettivamente di 75 e 54 secondo che si tratti di 1) o di 2). Per semplificare i calcoli, basta moltiplicare il numero ottenuto rispettivamente per 1,33 o 1,85, avendosi così direttamente il percento del valore normale.

Tecnica della prova. Paziente, preferibilmente a digiuno; soprattutto non deve aver preso nè tè, nè caffè. Alle ore 9 vuota la vescica (cateterismo nei prostatici) e beve un bicchiere di acqua.

Alle 10, il paziente minge e l'urina viene raccolta; beve un altro bicchiere di acqua. Ore 10 e 5', prelevamento di sangue per la determinazione dell'azotemia. Ore 11; il paziente minge nuovamente e l'urina viene raccolta e misurata. È importante il segnare il minuto preciso delle minzioni; il volume di urina dovrebbe essere di almeno 50 cmc. per ogni minzione. Si fanno poi le seguenti determinazioni:

Urea nel sangue (in mg. per 100 cmc.)
Urea nell'urina (in mg. per 100 cmc.)
Volume dell'urina nelle due minzioni

Si fanno i calcoli, rapportando poi ai cmc. di sangue che si ammette che passino in 1'. Per questo, si moltiplicano, come si è detto, i valori ottenuti per 1,33 in caso di C_m e per 1,85 nel caso di C_s

Diamo l'esempio dei calcoli.

1) Il paziente ha eliminato 338 cmc. di urina in 125' $\frac{338}{125} = 2,7$ (quantità di urina al 1')

B = 78; U = 920

Si deve applicare la formula $C_m = \frac{U\ V}{B} = \frac{920 \times 2,7}{78} = 31,9$, valore che rapportato ai

(1) Lascio le lettere originali della formula, perchè a mio modo di vedere, le formule sono da considerarsi internazionali.

75 cmc. che si ammette passino in 1', dà:

$$31,9 \times 1,33 = 42,4 \%$$

2) Urina eliminata in 124' cmc. 118. V =

$$= \frac{118}{124} = 0,95; \; U = 1850; \; B = 32.$$

La quantità di urina è inferiore a 2 cmc. al 1', quindi si applica la formula $C_s =$

$$= \frac{1850\sqrt{0,95}}{32} = 56,38.$$

$56,38 \times 1,85 = 103 \%$.

L'apprezzamento dei valori ottenuti si fa con i seguenti criteri, secondo Pasteur Vallery-Radot, Delafontaine e F. Porge.

Valori superiori a 75 % (anche fino a 132 %), normali; valori fra 75 e 50%, casi dubbi; valori sotto il 20 %, urea sanguigna generalmente elevata; valori 10 %, fase d'insufficienza renale con azotemia (1).

In realtà, se tutto si limitasse a questo, apparirebbero inutili le varie ricerche ed i calcoli, potendosi limitare al dosamento dell'azotemia. Gli autori accennati hanno trovato concordanza della Van Slyke e dell'Ambard in 46 individui e discordanza in 15; 14 di questi avevano Van Slyke normale ed Ambard elevata; in 10 di essi, le altre prove di insufficienza erano negative; la mancanza di particolari non permette però un apprezzamento sicuro dei risultati di tali autori e ci si deve quindi basare per questo sul loro giudizio piuttosto vago.

Van Slyke e collaboratori, che hanno studiato largamente la questione su un materiale molto abbondante, hanno trovato che la loro prova risulta la più sensibile e la più precoce per dimostrare l'alterata funzione, fornendo valori del 50 % e minori, quando le altre prove danno ancora risultati normali. Al 20 %, vi sarebbe già tendenza all'uremia, che è inevitabile quando si arriva al 5 %, mentre con valori del 10 %, purchè non vi siano edemi, le condizioni non sono ancora disperate. Quest'ultima considerazione dimostra che nell'applicazione di queste prove non si deve essere troppo unilaterali e considerare il solo organo in questione. Così, nella nefrite terminale arterio-sclerotica, si trovano valori molto bassi, pur con molti glomeruli ancora intatti, ciò che indica che la caduta dell'epurazione dipende in questo caso, più che altro, dalla diminuzione della corrente sanguigna, dal cedimento cardiaco.

Qui sta appunto il pericolo dell'introduzione di concetti matematici nella medicina. È comodo affidarsi ad una cifra per esprimere un giudizio che ha l'apparenza di essere sicuro e preciso. Ma i problemi biologici sono troppo complessi per poter ridurli ad una formula e le cifre non ci danno che una certezza fallace, se vogliamo appoggiarci soltanto ad essa. Ce ne fornisce un esempio la determinazione della pressione sanguigna. Le cifre, isolate nel loro valore bruto, costituiscono un'ossessione per il paziente ed un dato ingannevole per un medico senza discernimento, mentre contribuiscono efficacemente al complesso giudizio di un medico sperimentato.

Il pericolo non esiste, quindi, che per le menti piccole e pigre e non si deve disconoscere il grande aiuto che può portare nella medicina anche pratica la ricerca e l'elaborazione dei dati, fatta con spirito scientifico.

Il metodo di Van Slike va pertanto considerato come un progresso specialmente in confronto di quello di Ambard. Esso ci appare logico nella sua impostazione e razionale, anche perchè tiene conto (sia pure relativamente) delle oscillazioni nella secrezione e ci fornisce una visione più completa del fenomeno in confronto della semplice determinazione dell'azotemia; al pari di questa, va valutato nel complesso dei fatti clinici.

Anche per l'azotemia, le cifre ed i limiti fissati da Widal si sono dimostrati di un valore relativo. Così è per la prova della depurazione ureica, che va considerata in rapporto con i dati rilevati da tutto il quadro morboso, sicchè, per esempio, i valori sia pure molto bassi, che si hanno in una glomerulo-nefrite acuta, possono poi gradatamente rialzarsi sino a quelli normali e non hanno quindi il grave significato che assumono nelle forme croniche e nel rene grinzo.

AZEGLIO FILIPPINI.

(1) Recentemente, F. Morton e M. Nussey (*Lancet*, 6 apr. 1940) hanno proposto una modificazione del metodo introducendovi una prova di carico con urea. La prova si esegue dopo una piccola colazione al mattino (ore 8) con poco pane, burro ed un piccola tazza di tè. Alle 10 raccolta dell'urina e somministrazione di 15 g. di urea in 200 di acqua. Alle 10,45, secondo campione di urina; 11,15 presa di sangue per l'azotemia; 11,45, terzo campione di urina, in cui si calcola la depurazione ureica. Con tale metodo, scomparirebbero certi valori abnormemente bassi, che talora si trovano con il Van Slyke.

SUNTI E RASSEGNE

CUORE E CIRCOLAZIONE.

Sulla cura delle tachicardie e delle tachiaritmie.

(W. STEPP. *Deutsch. med. Wschr.*, 12 gennaio 1940).

Indubbiamente più probabilità di successo ai fini della cura esistono per quel medico che al letto del malato saprà, anche prescindendo da ogni sussidio elettrocardiografico, giustamente giudicare la situazione.

Fra le tachicardie nomotope (tachicardie sinusali) bisogna distinguere quelle di origine puramente nervosa, quelle di origine infettiva, tossica, endocrina ed anemica. È nota la particolare labilità dell'azione cardiaca durante le malattie infettive acute e croniche.

Per quanto riguarda le forme tossiche si deve ricordare l'influenza dell'alcool, della nicotina, del caffè, del tè, ecc.

La tireotossicosi rappresenta il principale esponente delle forme endocrine cui forse anche appartengono quei casi di tachicardia descritti recentemente negli stati di prescorbuto e di ipovitaminosi B, in cui, come è noto, il sistema endocrino è interessato.

Il riconoscimento delle tachicardie sinusali non offre serie difficoltà. Caratteristico è l'accentuarsi dell'azione cardiaca durante la « prova di lavoro » e nel passaggio dalla posizione orizzontale alla verticale. La frequenza si mantiene in genere sui 100-120 battiti al minuto.

Le *forme eterotope* sono costituite dalla tachicardia parossistica e dalla tachicardia da flutter.

La *tachicardia parossistica* è dovuta al manifestarsi improvviso di frequenti estrasistoli che hanno origine o nell'atrio o nel ventricolo o nel nodo atrioventricolare. È quanto mai difficile giudicare durante l'attacco del punto di partenza dello stimolo. Per contro ciò riesce agevole al cessare dell'attacco o dopo, osservando le estrasistoli che per lo più si trovano intercalate nel ritmo normale.

La frequenza oscilla tra 180 e 200 con degli estremi che possono raggiungere verso l'alto i 240 e verso il basso i 150.

Mentre durante la tachicardia parossistica i rapporti tra atrio e ventricolo sono variabili, nel « *flutter* » atriale regolare questi rapporti sono ben definiti esistendo un blocco a 2:1 o 3:1; o 4.1.

Il metodo più facile e sicuro per riconoscere il flutter atriale è costituito dalla « prova di lavoro » di Hoffmann. Se si fanno eseguire a un soggetto portatore di flutter 10 flessioni sulle ginocchia il polso può andare improvvisamente da 100 a 150 per il passaggio del blocco da 3:1 a 2:1, e, proseguendo nella prova, il blocco può scomparire del tutto

La causa più frequente delle tachiaritmie è rappresentata dalla fibrillazione auricolare.

La frequenza ventricolare sta tra 100 e 160. Negli stati più gravi si ha un notevole deficit del polso. La fibrillazione auricolare si manifesta nelle malattie organiche del miocardio, principalmente nelle stenosi mitraliche, e nelle degenerazioni senili. Talvolta la fibrillazione auricolare può essere transitoria, come avviene di frequente nell'ipertiroidismo.

Una aritmia assoluta, molto simile clinicamente alla fibrillazione auricolare, però non dovuta al quadro della fibrillazione auricolare, ha luogo per l'improvvisa occlusione delle coronarie. In questa evenienza si manifestano delle estrastoli dipartentisi dai più diversi punti del cuore.

Passando alla cura: per quanto riguarda le tachicardie sinusali un mezzo che in questi ultimi tempi ha fatto buona prova è rappresentato dalla combinazione della digitale con il cloruro di carbaminoossicolina (Doryl Merck) a partire da 1/2 compressa per 3 volte fino a 2 compresse per 3 volte a seconda della tollerabilità.

Quando esiste un focolaio di infezione deve essere rimosso. Nelle ipovitaminosi (dosaggio della vitamina C nel sangue e della vitamina B, eliminata colle urine) una terapia vitaminica si impone.

Per la cura della tachicardia parossistica esistono una serie di manovre che hanno per scopo di eccitare il vago: così la prova del Valsalva, la provocazione del vomito che si ottiene cacciando le dita nella gola, la compressione dei bulbi oculari dopo di avere invitato il paziente a rivolgere lo sguardo in basso. Da tempo è in uso anche la prova di Hering con la compressione del seno carotideo che si pratica con il pollice alla altezza della laringe spingendo il seno contro la colonna vertebrale prima a destra, e, se l'effetto manca, anche a sinistra.

Nei soggetti portatori di gravi lesioni miocardiche questa prova non è scevra di pericoli.

Per gli attacchi che durano a lungo sono indicate le iniezioni endovenose di strofantina e le grandi dosi di digitale secondo Bohnenkamp, il chinino per via endovenosa sotto forma di chinin-uretano. Da ricordare inoltre il cloridrato di acetilcolina (0,1) per via intratramuscolare e l'apomorfina nella dose di 0,02. Molto lodata è anche la chinidina iniettata endovena.

Per quanto riguarda la cura del « flutter » e della fibrillazione auricolare i migliori mezzi continuano ad essere la chinidina, la strofantina e la digitale somministrate nella dose e colle modalità che il caso richiede.

Un sensibile progresso nei casi più gravi si è ottenuto in questi ultimi tempi con la combinazione di simpatolo e chinidina.

L'autore è del parere che questa combinazio-

ne finirà col tempo per imporsi sempre più come mezzo atto ad allontanare il flutter e la fibrillazione auricolare che per il circolo costituiscono il maggiore pericolo.

I. DI MARCO.

Le anastomosi fra le arterie coronarie del cuore.

(M. CORREIA. *Presse Méd.*, 24 novembre 1939, n. 87).

Ancora non si è d'accordo sul valore, sul significato e perfino sull'esistenza stessa di tali anastomosi che sono state di recente formalmente negate da Schlesinger. Le ricerche di Correia dimostrano che introducendo delle sostanze in un territorio arterioso coronarico, queste passano nell'altro solo nei casi in cui si trovano iniettate anche le vene o le cavità ventricolari. Ciò dimostra l'esistenza di anastomosi fra i capillari e le vene, non fra le branche arteriose.

Tuttavia Wearn ha osservato delle comunicazioni dirette delle arterie coronarie con le cavità cardiache, e ne ha descritto due tipi: arterio luminal vessels e arterio sinusoidal vessels, ai quali ultimi assegna un ruolo importante per la nutrizione del miocardio.

I canali di Wearn comunicano altresì con le vene di Tebesio.

Ora l'A. ha studiato la circolazione coronarica introducendo nelle arterie una sostanza che non riesca a superare i capillari (sospensione di 50 g. di minio in 100 g. di collodion) e radiografando il viscere.

Viene così documentata la relativa frequenza delle anastomosi interarteriose, anche in soggetti non cardiopatici. Tuttavia occorre fare delle riserve sulla diversità delle condizioni *in vivo*, per quel che che riguarda il tono miocardico, la sostanza iniettata, ecc.

sibilia.

Elettrofisiologia dell'elettrocardiogramma normale e patologico.

(E. LEPESCHKIN. *Klin. Wochenschr.*, 2 dicembre 1939).

Differenze di potenziale elettrico si generano al limite tra fibre muscolari attive e fibre inattive o al limite tra muscolo sano e muscolo leso: le fibre muscolari attive diventano elettricamente negative di fronte alle inattive, e così pure negativo diventa anche, allo stato di riposo, il tessuto sano di fronte a quello leso. Si origina perciò nel cuore una corrente che dalle parti attive va a quelle inattive (o da parti sane in riposo, a parti lese): una piccola parte di queste correnti arriva alla superficie del corpo e ivi può venir registrata.

L'onda P è generata dalla propagazione della eccitazione nella muscolatura atriale, così come il successivo gruppo QRS è generato dalla propagazione nella muscolatura dei ventricoli. L'onda P è molto più bassa della successiva, a causa del minor spessore della parete atriale. In casi di ipertrofia dell'orecchietta sinistra, l'onda P è per lo più ingrandita nelle derivazioni I e II, mentre è ingrandita nella II e III se è ipertrofica l'orecchietta destra. Infatti lo stimolo si propaga nell'orecchietta destra principalmente verso il basso e il davanti, nella orecchietta sinistra principalmente da destra verso sinistra. Perciò l'attività della orecchietta destra si estrinseca nell'onda P sulla parasternale destra, l'attività della orecchietta sinistra si estrinseca nella derivazione dalla parete laterale sinistra del torace. Una dilatazione delle orecchiette determina un appiattimento e allargamento di P. Poichè però gli stimoli che partono dal nodo atriale devono attraversare a sinistra la intera orecchietta, a destra solo la metà di essa, le modificazioni di P sono particolarmente forti nel sovraccarico della orecchietta sinistra. Se la dilatazione è associata a disturbi di conduzione, P risulta frammentato od a 2 cuspidi. In casi di eteropatia della origine dello stimolo P risulta negativa.

La oscillazione iniziale ventricolare dell'elettrocardiogramma è generata dal passaggio dello stimolo dal sistema conduttore alla muscolatura funzionale. In condizioni normali la larghezza della oscillazione iniziale dipende in parte dalla strada che lo stimolo segue attraverso il ventricolo. Perciò è parallela alla grandezza del corpo (e quindi a quella del cuore) e in casi di ipertrofia cardiaca alla radice cubica del peso del cuore. Se un infarto cardiaco esclude gran parte del miocardio, la oscill. iniz. diventa più stretta. Un secondo fattore che influisce sulla larghezza della oscill. iniz. è la rapidità con cui si propaga lo stimolo. Negli individui a cuore sano il lavoro diminuisce la larghezza della oscill. iniz. (azione dromotropa positiva del simpatico), mentre se il cuore è malato, durante il lavoro o appena qualche tempo dopo, aumenta la larghezza della oscillazione (insufficienza coronaria). Perciò in casi di ipertrofia la oscill. iniz. è spesso più larga di quanto corrisponderebbe alla grandezza del cuore.

Un ritardo nella propagazione dello stimolo in uno dei ventricoli provoca una alterazione della forma della oscillaz. iniz.; si ha così una forma destra o sinistra dell'elettrocardiogramma, in cui aumenta l'altezza della oscillaz. iniz. Se la propagazione dello stimolo ritarda nel ventricolo sinistro, la oscillaz. iniz. è diretta verso l'alto in derivazione I, verso il basso nella III (potenziale positivo alla parete sinistra del torace compresa la spalla, negativo alla parete toracica anteriore). Se la propagazione ritarda nel ventricolo destro, avviene esatta-

mente l'opposto: la oscillaz. iniz. è diretta in basso nella derivazione I, in alto nella III. Gli infarti della parete anteriore del ventricolo sinistro provocano una profonda incisura Q in derivazione I, infarti della parete posteriore del ventricolo sinistro, la stessa modificazione in derivazione II e III. Se non è occupato dall'infarto l'intero spessore della parete o se il tessuto ischemico viene eccitato con ritardo o più debolmente, si genera alla parete anteriore del torace una oscillaz. iniz. a W. Le alterazioni della oscill. iniz. nelle derivazioni estremità si comprendono se si ricorda che in caso di infarto della parete anteriore quella zona della superficie cardiaca in cui viene a mancare la positività iniziale è rivolta verso il davanti, l'alto e la sinistra. All'inizio della propagazione dello stimolo, da questa zona come da una finestra si comunica la negatività della cavità ventricolare alla spalla sinistra: quindi un profondo accidente Q in I, e un accidente R in III derivazione. Invece nell'infarto della parete posteriore la « finestra » è diretta verso il basso e indietro, la negatività iniziale dell'interno ventricolare viene quindi comunicata alle gambe. Per ciò profondo accidente Q in II e III derivazione.

Le alterazioni della oscillaz. iniz. sono il segno più persistente dell'avvenuto infarto. Con l'andar del tempo però la cicatrice connettiva le si raggrinza, e la « finestra » attraverso cui si estrinseca alla superficie la negatività dell'interno dei ventricoli diventa tanto piccola da venir mascherata dalla attività elettrica del miocardio sano vicino, la scomparsa delle alterazioni della oscillazione iniz. è quindi un segno sicuro di guarigione dell'infarto.

La « parte intermedia » (p. i.). Non appena lo stimolo, dopo il termine della oscill. iniz. ha preso l'intero ventricolo, tutte le parti del miocardio sono depolarizzate allo stesso grado e non possono quindi produrre differenze di potenziale: perciò l'inizio della p. i. avviene nel normale sulla linea dello O. In casi di ritardo di conduzione in uno dei ventricoli, le sezioni per prima stimolate avranno già ricuperato parte della loro positività da riposo, mentre quelle stimolate con ritardo si troveranno all'acme della negatività: in tutte le derivazioni la p. i. è allora diretta in senso opposto a quello della oscillaz. iniz. Questo comportamento della p. i. indica una insufficienza coronaria: in un grado ancora più accentuato di insufficienza, la p. i. è concava verso l'alto. Sperimentalmente si ottiene un abbassamento della p. i. se si ledono le fibre interne del ventricolo sin. o se si legano le arterie che nutrono queste fibre: lo stesso si ottiene nella cabina ad ipopressione, nella deficienza di ossigeno e nella angina pectoris durante il lavoro (cattiva nutrizione delle stesse fibre). È dimostrato che in ogni specie di insufficienza coronaria le fibre interne del ventricolo sinistro soffrono per prime e più intensamente. Le alterazioni della p. i. che seguono immediatamente ad un infarto non sono altro che la mescolanza dell'elettrocardiogramma con la corrente monofasica che si genera dal tessuto infarcito, che nella sistole si fa positivo di fronte al tessuto sano vicino. Perciò nell'infarto della parete anteriore del cuore, sulla parete anteriore del torace la p. i. è spostata verso la positività. Con ciò la spalla sinistra riceve potenziale positivo, quindi la p. i. parte dall'alto ed è innalzata nella I, è abbassata nella III derivazione. Nell'infarto della parete posteriore del cuore sono le gambe a ricevere il potenziale positivo, quindi la p. i. parte dall'alto ed è innalzata nelle derivaz. II e III. Nella pericardite gli strati muscolari sub-epicardiali, resi ischemici dalla pressione, diventano meno negativi del miocardio sottostante. Poichè il tessuto danneggiato circonda quello sano come un guscio di apertura diretta nel senso della II derivaz., e l'interno si fa negativo durante la sistole, la p. i. risulta innalzata in tutte le derivazioni ma soprattutto nella II. Negli esperimenti su animali la deformazione monofasica della p. i. dopo lesioni del cuore scompare già entro poche ore: nell'uomo essa persiste talora per settimane e anche per mesi, si deve allora sospettare che nelle parti marginali dell'infarto persista definitivamente un certo grado di insufficienza coronaria.

L'accidente T è nell'individuo normale diretta in tutte le derivazioni nello stesso senso della oscillaz. iniz. Le derivaz. toraciche mostrano che T ha potenziale positivo nella regione della punta, negativo nella regione della base. Questo prova che la punta è la prima a diventare positiva alla fine della sistole, quindi lo stimolo deve avere in tale regione la minima durata. In casi di blocco di una delle branche e in casi di ritardo nella propagazione dello come anche la p. i., diretto nel senso opposto a quello della oscillaz. iniz. Nella forma sinistra l'accidente T è quindi negativo in I derivazione, positivo in III; nella forma destra è negativo in III, positivo in I derivaz. Negli stadi tardivi dell'infarto, l'accidente T è negativo ed acuto. Alla parete toracica soprastante all'infarto T è negativo, perchè nelle vicinanze del tessuto leso la durata della contrazione è prolungata, sicchè durante la sistole il miocardio rimane più a lungo negativo. Negli infarti della parete anteriore del cuore il potenziale negativo è trasmesso alla fine della sistole, oltre che alla parete del torace, anche alla spalla sinistra, negli infarti della parete posteriore del cuore il potenziale negativo è trasmesso, oltre che al dorso, alle gambe: nel primo caso perciò l'accidente T è negativo in I, positivo in derivaz., nel secondo caso è negativo in II e in III derivazione. P.

GINECOLOGIA.

Dismenorrea.

(R. W. JOHNSTONE. *Edinburgh Medical Journal*, gennaio 1940).

La dismenorrea è caratterizzata da un dolore colico che accompagna la mestruazione normale in assenza di affezioni pelviche clinicamente accertabili, ed indipendente dal dolore premestruale dovuto alla congestione di organi pelvici malati.

Il quadro sintomatologico è molto comune: una giovane non maritata o nullipara in buone condizioni generali e con mestruazioni regolari, in occasione del periodo mestruale è tormentata per qualche ora ed anche per giorni da un dolore al basso ventre con diffusione talvolta alla faccia interna delle coscie e alla regione lombosacrale. Si tratta di un dolore a tipo colico che s'inizia con spasmi irregolari, talvolta con remissioni appena accennate tanto da sembrare un dolore continuo. Raggiunge il massimo d'intensità poche ore dopo l'inizio del flusso e si attenua gradatamente per cessare in genere dopo 6-24 ore. Può essere accompagnato da cefalea e vomito.

Le pazienti dichiarano che il dolore rassomiglia ad una colica intestinale; ed in effetti come questa è alleviata dall'emissione di aria o di feci il dolore dismenorroico suole diminuire più o meno contemporaneamente all'aumento del flusso mestruale. Come avviene nelle coliche intestinali, epatiche e renali si può pensare che nella dismenorrea il dolore sia dovuto all'intensità ed irregolarità delle contrazioni delle fibre muscolari dell'utero allo scopo di eliminare qualche cosa di estraneo. Pertanto la teoria occlusiva è stata la prima ad essere avanzata per spiegare la dismenorrea.

La dismenorrea è essenzialmente dovuta a contrazioni irregolari dell'utero provocate quasi certamente a disturbi del meccanismo neuromuscolare all'inizio della mestruazione. Tali disturbi sono presumibilmente causati da: *a*) un anormale funzionamento dei fattori concernenti la mestruazione nell'interno dell'utero; *b*) da qualche abnorme condizione nella trasmissione degli impulsi nervosi efferenti o afferenti; *c*) da un'abnorme interpretazione da parte dello psichismo degli stimoli nervosi provenienti dall'utero. Quest'ultima possibilità induce a considerare il fattore psicologico nella dismenorrea, fattore che forse è fondamentale.

Le contrazioni dell'utero che hanno lo scopo di dilatare il canale cervicale ed espellere i lochi mestruali sono perfettamente analoghi alle contrazioni uterine del parto. Come vi sono donne nervose, ansiose che soffrono molto durante il parto e donne flemmatiche che assolvono tale funzione con perfetta tranquillità e poche sofferenze, così vi sono donne le cui mestruazioni sono molto dolorose e donne le cui regole non sono accompagnate da nessuna molestia. Al riguardo hanno molta importanza l'ereditarietà, la suggestione, l'imitazione, le abitudini, l'educazione. Anche la frase « non sentirsi bene » per alludere alla mestruazione in atto costituisce una suggestione. E bisogna tener presente che la funzione mestruale solo da non molto non è considerata con superstizione, come una specie di mistero e di tabu.

In genere la dismenorrea non si manifesta con il menarca ma dopo tre o quattro anni, quando cioè con la ripetizione delle regole la giovinetta ha potuto sperimentare qualche malessere, un certo disgusto ed una certa ripugnanza, fatti tutti che per autosuggestione inconscia si accentuano sempre più e sono poi interpretati come disturbi in atto.

Ma la dismenorrea non può ritenersi un puro ed esclusivo fatto psichico. Il fattore psicologico esiste in molti casi ed ha anche un'importanza decisiva ma non è tutto.

Recenti ricerche hanno dimostrato che nell'ipotalamo esistono nuclei simpatici e parasimpatici tra i quali qualcuno che controlla l'attività dell'utero, e che anche nella corteccia cerebrale c'è un centro motore uterino. D'altra parte sono note le connessioni nervose tra l'ipotalamo e l'ipofisi, la quale ultima controlla la funzione mestruale. Questi fatti potrebbero dare una spiegazione fisiologica alla dismenorrea: essa può essere provocata da una eccitazione dell'ipofisi prodotta da stato emotivo. Cannon ha in effetti dimostrato che le emozioni provocano una scarica di adrenalina e nulla fa escludere che esse possono avere una influenza anche sulle secrezioni di ambo i lobi dell'ipofisi.

Comunque sembra probabile che la dismenorrea sia in rapporto ad uno squilibrio dell'innervazione simpatico-parasimpatica dell'utero. La prevalenza dell'eccitabilità simpatica produrrebbe al minimo stimolo lo spasmo delle fibre muscolari del collo, donde il dolore colico. Si avvererebbe insomma qualche cosa di analogo all'abnorme rigidità spasmodica del collo che si ha talvolta nei parti.

La dismenorrea è stata anche attribuita al passaggio di coaguli di sangue, di grandi strati di endometrio e anche ad una ipoplasia congenita dell'utero che renderebbe difficile la espulsione del flusso mestruale producendo così uno spasmo doloroso della musculatura uterina. Ma tali teorie non reggono di fronte al fatto che i fatti accennati sono di rado presenti nella dismenorrea.

Anche la teoria ormonica è stata validamente sostenuta. La deficienza di estrina o l'accesso di progesterone determinerebbero una difficoltà della disintegrazione dell'endometrio ed aumenterebbe l'eccitabilità nervosa e muscolare dell'utero, e coesisterebb infine con l'ipoplasia dell'utero.

Il trattamento etiologico della dismenorrea

è molto vario in rapporto ai vari fattori ai quali è stato attribuito il disturbo. Comunque esso è psicologico, medico e chirurgico.

La psicoterapia va in genere congiunta con il trattamento medico perchè spesso agisce la suggestione: la somministrazione di qualsiasi medicamento e anche di sostanze indifferenti, quando sia accompagnata da una buona azione suggestiva, può dare risultati anche immediati. Comunque i preparati di ferro, un regime di vita igienico, i bagni caldi, gli esercizi fisici non estenuanti sono quasi sempre utili.

Non è consigliabile l'abuso e forse neppure l'uso di analgesici e di antispasmodici, come i derivati dell'oppio e l'atropina. Il trattamento ormonico dovrebbe essere adeguato alle effettive condizioni determinanti del disturbo.

Quando esiste ipoplasia dell'utero è consigliabile un preparato estrogenico, naturale o sintetico, da somministrarsi per parecchi mesi nella prima quindicina dell'intervallo intermestruale (benzoato di estradiol 5 mgr. per via ipodermica ogni terzo giorno o stilberstrol 0,5-1 mgr. per via orale due o tre volte al giorno).

Nei casi nei quali il dolore si presenta parecchie ore prima del flusso, ossia quando si può presumere una difficoltà della disintegrazione dell'endometrio da eccesso di progesterone è indicato il suo antagonista, l'estradiol (benzoato d'estradiol 5 mgr. tre volte al giorno a giorni alterni durante la settimana precedente la mestruazione).

Quando la dismenorrea è provocata da deficienza di progesterone o da eccesso di estrina, si praticheranno tre iniezioni al giorno di progesterone 10 U. I. a giorni alterni durante la settimana precedente la mestruazione.

Si può combinare anche l'ormonoterapia allo scopo di produrre l'ovulazione. A tal fine si usa nella prima quindicina dell'intervallo intermestruale un siero contenente ormoni stimolanti l'attività follicolare e nella seconda metà il prolan-urinario che ha azione luteinizzante. Allo stato dei fatti però l'ormonoterapia non è così efficace come si pretende.

La cura chirurgica, alla quale si ricorre solo eccezionalmente consiste nella dilatazione del collo e, per casi gravissimi, nella neurotomia presacrale.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

E. STORTI. *Diagnostica differenziale delle emopatie.* Vol. di 357 pag. con 60 figure più 19 tavole a colori. Edit. Sormani, Milano 1939.

Chiara ed utile monografia questa dello Storti sulla Diagnostica differenziale delle emopatie. Le anemie, le mielosi, le malattie emorragiche, quelle delle linfoghiandole, le splenomegalie, le poliglobulie vengono felicemente trattate sotto il punto di vista essenzialmente pratico della diagnostica differenziale; il che però non impedisce all'A. di soffermarsi a considerare, dove essa è nota, la etiologia della forma morbosa ed il meccanismo patogenetico. Segue un breve capitolo sui dettagli tecnici della puntura dello sterno, della milza, delle linfoghiandole.

Si può dire che la grande esperienza della Scuola Medica di Pavia e del suo illustre Maestro Ferrata è concentrata in questo volume dello Storti, che noi additiamo al medico pratico come sommamente utile in questo settore tanto complesso della diagnostica differenziale.

A. P.

R. STAHEL. *Diagnostische Drüsenpunktion.* Ed. G. Thieme, Lipsia, 1939, RM. 7,80 (25 % di sconto per l'estero).

È una breve monografia nella quale in modo chiaro si tratta di questo campo diagnostico, relativamente nuovo, della puntura ghiandolare. Dopo il notevole impulso avuto, in questi ultimi tempi, della puntura sternale, la cui utilità nella diagnostica clinica è ben nota, anche questo, della puntura ghiandolare acquista oggi importanza. Ciò è stato già segnalato anche da noi, da Introzzi, nel trattato di Ferrata, da Storti, ecc.

Bene ha fatto quindi R. Stahel a presentarci in 66 pagine chiare e corredate da ben 30 figure, di cui una a colori, una bella raccolta delle principali forme morbose in cui la puntura ghiandolare ci può aiutare nel diagnostico.

Dopo aver indicata la tecnica e le precauzioni da prendere, passa ad esaminare i vari processi iperplastici (iperplasie semplici, iperplasie croniche, reticolari, iperplasie infiammatorie, reazioni linfatiche) ed i processi granulomatosi, tubercolari nelle varie espressioni, nella malattia di Besnier-Boeck, nelle eritroblastosi degli adulti, nel linfogranuloma e nelle altre malattie a quadro linfogranulomatoso. Infine è discusso delle forme neoplastiche (primarie e secondarie).

È una monografia molto utile a chi si interessa di istologia e di ematologia clinica.

CORELLI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA

Pratiche considerazioni su alcuni casi di leucemia ad inizio sintomatologico puramente ed esclusivamente gastrico.

G. Zanotto (*Haematologica*, vol. XXII, fascicolo I) riferisce tre casi di leucemia mieloide in cui l'inizio della malattia, prima che gli altri sintomi si manifestassero chiaramente, fu caratterizzato da una accentuata sintomatologia a carico dello stomaco, per cui i malati furono a lungo curati come gastro-pazienti.

È bene perciò tener presente questa eventualità, che cioè un sofferente di stomaco può in ultima analisi non essere altro che un emopatico.

Non possiamo però chiaramente spiegarci il meccanismo patogenetico di questi precocissimi disturbi dispeptici in emopatici con le cognizioni attualmente in nostro possesso.

F. TOSTI.

Sulla patogenesi di alcune manifestazioni nervose nella policitemia essenziale.

E. Liesch e L. Rosselli del Turco (*Rivista di Clinica Medica*, Supplemento dedicato ai Marginalia otorinolaryngologica, vol. I) hanno esaminato in quattro policitemici essenziali la funzionalità cocleo-vestibolare, trovandola alterata in tre di essi ma in modo diverso (ipoeccitabilità vestibolare monolaterale, ipoeccitabilità bilaterale, ipereccitabilità bilaterale). Nel quarto caso si ebbe un reperto cocleo-vestibolare assolutamente normale. Quindi nei policitemici essenziali, anche in stadio avanzato della malattia, si possono avere risposte labirintiche perfettamente normali ed eventuali alterazioni della funzionalità vestibolare non sono sempre univoche e non possono considerarsi parte integrante del quadro morboso della policitemia essenziale. D'altro canto, quando esistono turbe nervose di vario ordine nelle quali si possono cogliere elementi riferibili ad anomalie della funzione vestibolare, non si possono escludere interferenze di centri extravestibolari.

Per interpretare le anomale reazioni labirintiche che si sono avute in alcuni dei loro casi, gli Autori prospettano l'ipotesi di una alterazione della vascolarizzazione dell'orecchio interno, come di quella del resto del cervello, sia legata allo stato policitemico, sia conseguente all'eventuale stato ipertensivo arterioso. Un altro fattore che si può invocare come causa delle alterazioni labirintiche è lo stato di ipertensione endocranica, giacchè, come ha dimostrato Böttner, esiste in molti casi di policitemia un netto aumento della pressione del liquido cefalo-rachidiano, che può essere messo in evidenza, oltre che dalla puntura lombare, anche da alcuni segni indiretti (ad es. l'esame del fondo dell'occhio).

Infine gli Autori, sempre per spiegare eventuali alterazioni vestibolari nei policitemici, ritengono di non poter escludere la possibilità di piccole emorragie di centri nervosi, almeno in qualche caso.

F. TOSTI.

Diabete mellito e anemia perniciosa.

Sono noti i rapporti tra l'anemia perniciosa e la achilia gastrica.

Una diminuzione della acidità dello stomaco si riscontra in un buon numero di diabetici. Non può quindi sorprendere la concomitanza di diabete mellito e di anemia perniciosa, soprattutto oggi che la insulino-terapia permette una lunga sopravvivenza dei diabetici. Su un totale di 900 diabetici, W. Beckert (*Münch. Mediz. Wochenschr.*, 1940) trovò 9 affetti da anemia perniciosa: questa concomitanza avverrebbe dunque nell'1 % dei casi. Si trattava in genere di pazienti tra i 30 e i 50 anni; in 3 casi il diabete era grave, negli altri casi leggero. Non sembra esistere alcuna vicendevole influenza delle due malattie: vi sono diabetici gravi con anemie perniciose lievi e diabetici lievi con anemie perniciose gravi. Terapia epatica e insulinica si possono eseguire contemporaneamente senza alcuna difficoltà.

P.

Pneumopatia con eosinofili.

Vari lavori sono stati pubblicati dopo il primo articolo di Loeffler, che ha descritto una sindrome caratterizzata da infiltrato polmonare labile ed eosinofilia del sangue. Tutti sono d'accordo sulla benignità e sulla breve durata della malattia.

Lion-Kindberg, P. Adida e L. Rosenthal (*La presse médic.*, 12 marzo 1940) hanno descritto un caso caratterizzato dal decorso subacuto, da una relativa gravità, da una certa durata, dall'eosinofilia del sangue e dall'eosinofilia bronchiale pura.

Si trattava di una donna di 39 anni ricoverata per manifestazioni polmonari di origine indeterminata. L'inizio della malattia era stato insidioso: cefalea, febbre modica, tosse leggera, ogni tanto difficoltà respiratoria, espettorazione banale abbondante. L'ammalata continuò ad occuparsi della casa, e perdette da 5 a 6 kg. di peso in un mese. L'esame dell'espettorato era stato negativo per il b. di Koch. Un esame radiologico dei polmoni dava un'infiltrazione parailare destra.

Dopo un mese circa, continuando sempre gli stessi disturbi, si notò sulla radiografia scomparsa del focolaio parailare destro e comparsa di un focolaio apicale sinistro. Un esame del sangue dava 39,5 % di eosinofili.

Si ebbe successivamente ingrossamento delle ghiandole ascellari, tanto che si sospettò m. di Hodgkin. Ma l'esame istologico non dimostrò alterazioni ghiandolari apprezzabili.

Per quattro mesi l'ammalata fu seguita. Radiologicamente sembrava che si formasse una caverna apicale, ma poi si ebbe una « ripulitura » radiologica completa, mentre l'eosinofilia si mantenne fra 35 e 40 % con leucocitosi che oscillò fra 17.000 e 30.000. Poi scomparve la leucocitosi, ma ancora si ebbe eosinofilia del 14 %. Anche nell'espettorato si trovò notevole quantità di eosinofili. Questa ricerca fu fatta col cateterismo bronchiale e diede esclusivamente eosinofili.

Questo caso è nettamente diverso dai casi descritti da Loeffler, per la durata di circa sei mesi, per la persistenza dei fatti polmonari per tutto questo tempo, per la persistenza pure della febbre. L.

TERAPIA

Assorbimento di progesterone e desossicorticosterone.

M. H. Wariwick e A. S. Parkes (*The Lancet*, 2 marzo 1940) hanno compiuto queste ricerche secondo la tecnica di Deanesly e Parkes, i quali per i primi impiantarono sotto cute cristalli secchi o pastiglie di ormoni puri.

L'assorbimento del progesterone avviene in percentuale media di circa il 20 % al mese.

Pastiglie del peso di 50 mg. forniranno quindi 10 mg. al mese.

Per il desossicorticosterone, la sostanza pura è assorbita in quantità circa tripla dell'acetato che è assorbito in media del 22,7 %. L.

Le applicazioni locali per lo sviluppo delle mammelle.

È frequente vedere sulle « quarte pagine » dei quotidiani la *réclame* di pomate per lo sviluppo del seno, preparati che sono indubbiamente una mistificazione, perchè finora non si conoscono preparati farmaceutici capaci di un tale effetto.

I recenti studi sugli ormoni sessuali hanno portato a trovare in essi una certa efficacia anche a tale scopo, usando l'ormone estrogeno, il quale è utilizzabile, sia per iniezioni come per via cutanea, tenuto conto della facilità con cui esso viene assorbito attraverso la cute e la mucosa.

Mc Bryde (*Journal amer. med. ass.*, 1939, n. 11) usa una pomata contenente 5000 unità internazionali di follicolina per grammo, che applica direttamente sulla regione mammaria su una superficie circolare da 10 cm. di diametro con centro al capezzolo. La donna spalma — alla sera — 5 grammi della pomata facendo una frizione di 5 minuti e la lascia durante la notte. Prove di confronto fatte su una sola mammella, strofinando il solo eccipiente sull'altra, avrebbero dimostrato l'efficacia del metodo. Quando lo scarso sviluppo della mammella si accompagna a scarso sviluppo genitale in genere, è opportuno coadiuvare la cura locale con quella per iniezioni. *fil.*

Una modificazione nel trattamento delle ustioni col tannino.

Il tannino, nel trattamento delle ustioni, si è ormai affermato vittoriosamente; lo si applica in vari modi, che sono però di esecuzione lunga e delicata; sono state proposte recentemente delle pomate di glicerolato d'amido al tannino e le polverizzazioni di una soluzione al 25/1000, per cui però si deve continuare a polverizzare per 4-6 ore se si vuole ottenere una buona crosta.

P. Joly (*Presse méd.*, 7-10 febbraio 1940) consiglia di procedere dapprima ad un'accurata teletta della parte, asportando tutti i detriti e procedendo poi alla saponatura ed inaffiando la parte con soluzione fisiologica o dell'etere, se vi è stato dapprima applicato un corpo grasso. Si asciuga poi bene con compressa sterile; dopo qualche po' di tempo, si vede comparire alla superficie un po' di sierosità; si spolvera allora direttamente il tannino sulla parte, facendolo cadere da una compressa di garza in cui è contenuto; esso si scioglie così nella sierosità e forma una crosta uniforme alla superficie ustionata. *fil.*

La cura dell'orzaiolo.

L'orzaiolo esterno o superficiale delle ghiandole pilo-sebacee, è il prototipo della stafilopustola. Per il suo trattamento, M. Pignot (*Presse Méd.*, 31 gennaio-3 febbraio 1940) consiglia di procedere anzitutto all'epilazione, mediante una pinza a margini piatti; si strappa, *bruscamente* perchè meno doloroso, ogni ciglio che presenta un orzaiolo od un semplice arrossamento alla base. Si prescrivono poi delle frizioni, da farsi 10-15 volte al giorno, al margine palpebrale, con un po' di cotone idrofilo imbevuto in una soluzione di *pietra divina* all'1 % in acqua di rose. La sera, applicare sulla stessa regione una pomata di ossido giallo di mercurio (cg. 20) in vaselina (g. 20).

Nei casi eccezionalmente ribelli, si può ricorrere all'autoemoterapia od alla vaccinazione antistafilococcica.

La *pietra divina*, o pietra oftalmica, è una miscela delle antiche farmacopee composta di Solfato di rame, Allume, Nitrato di potassio, ana g. 10, con 5 g. di canfora. Essa è stata rimessa in onore da Sabouraud nel trattamento della foruncolosi blefaro-ciliare e delle sue recidive. *fil.*

FORMULARIO.

Nella laringite stridula.

Talora è il primo sintoma del morbillo. Malgrado il quadro impressionante che fa spesso chiamare il medico d'urgenza, i sintomi si alleviano rapidamente sotto il trattamento.

Prescrivere un calmante:

Bromuro di potassio	gr. 1
Cloralio	» 0,5
Sciroppo di codeina	» 20
Scir. di fiori d'arancio	» 30

Un cucchiaino ogni 1/2 ora, fino ad effetto. Fumigazioni nella camera con un cucchiaio di gomenolo o di tintura di benzoino in una casseruola di acqua bollente.

(*J. Praticiens*, 13 aprile 1940).

SEMEIOTICA.

I valori pratici della cutireazione.

Ferru (*Ac. Médic. chirurg.*, ottobre 1937 in *Journ. des Praticiens*, 22 marzo 1939) ha messo in evidenza il valore indeciso della cutireazione. Se è positiva indica che il soggetto è stato attaccato dal b. di Koch, non indica che è malato e permette solo di andare alla ricerca di lesioni fruste o latenti da tubercolosi. La sua negatività può rassicurarci in caso di esame radiologico dubbio del torace o di febbricola di lunga durata o di bronchite. Il viraggio della cutireazione da negativa a positiva indica che il soggetto ha subito una prima infezione.

L.

POSTA DEGLI ABBONATI

A chi spetta la ispezione igienica delle vaccherie per mucche da latte? All'Ufficiale Sanitario od al Veterinario Comunale? È questa la domanda che ci rivolge il dott. B. M. da C., informando che, secondo il Veterinario, l'Ufficiale Sanitario deve solo interessarsi dei recipienti e dello stato di salute delle persone addette alla mungiatura.

L'art. 1 del Regolamento 9 maggio 1929 prescrive che l'autorizzazione ad aprire una vaccheria per la produzione del latte è subordinata all'ispezione dell'Ufficiale Sanitario (U.S.) e del Veterinario Comunale (V.C.), ognuno per la parte di sua competenza, per accertare le condizioni dei locali e lo stato sanitario del personale addetto e degli animali.

La questione verte sulla interpetrazione della frase: *ognuno per la parte di sua competenza*, applicata all'accertamento delle condizioni igieniche dei locali, perchè nessun dubbio può esistere sull'accertamento dello stato sanitario del personale addetto e degli animali, sebbene si possa anche ritenere che proprio a questo si riferisca l'inciso della « rispettiva competenza ».

In linea generale, l'accertamento delle condizioni igieniche dei locali spetta all'U.S. e non ne possono essere esclusi quelli della vaccheria, tanto più che essi comprendono, oltre alla stalla, anche quelli per la filtrazione e refrigerazione del latte, per il deposito e la lavatura dei recipienti, per l'abitazione del personale, ecc.

Una certa importanza *specifica* viene però ammessa per il V.C., al comma a) dell'art. 2, nel senso che spetta ad esso il giudicare se si possa adibire all'uso un ambiente di capacità inferiore a quella prescritta, e ciò in base alla conoscenza *specifica*, che egli ha dei bisogni respiratorî dei singoli animali.

Del resto, che all'U.S. spetti vigilare anche le vaccherie per la produzione del latte, risulta dalle attribuzioni che la legge (Nuovo Testo Unico, 1934, art. 42, comma a) gli assegna: « vigila sulle condizioni igieniche e sanitarie... ». Stralcio, a questo proposito, il commento di Carapelle e Jannitti Piromallo (*Nuovo Testo Unico delle Leggi sanitarie, con note e commento*, L. Pozzi, ed., Roma). « Primo compito suo... è quello di *vigilare* sulle condizioni igieniche e sanitarie del comune... A tale scopo, egli si deve render conto del come funzionano tutti i servizi che hanno attinenza con la salute pubblica, da quello della distribuzione dell'acqua potabile a quello delle fognature e dallo spazzamento all'uso dei rifiuti.... Deve sorvegliare gli scoli d'acqua... gli ospedali, il cimitero, il macello,... ». È quindi ovvio che la sua vigilanza debba estendersi anche alle vaccherie e non soltanto per l'ispezione dei recipienti e la visita al personale addetto alla mungitura, ma vada estesa a *tutte* le condizioni igieniche.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche.

Per disposizione del ministero dell'interno i concorsi a posti di sanitari condotti sono prorogati al 31 agosto prossimo venturo.

Sono aperti i concorsi alle condotte mediche indicate per ciascuna provincia:

Apuania, per 3 posti; scad. 31 agosto;
Asti, per 4 posti; scad. 31 agosto, ore 12;
Lucca, per 10 posti; scad. 31 agosto;
Matera, per 3 posti; scad. 31 agosto, ore 18;
Palermo, per 1 posto; scad. 31 agosto, ore 18.

Consorzi Provinciali Antitubercolari.

Savona, per direttore medico della Sezione dispensariale di Cairo Montenotte; scad. 10 giugno, ore 18;

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Il concorso bandito da questo Ospedale in data 10 dicembre 1939-XVIII per tre posti di assistente medico-chirurgo, già elevati a sei, viene prorogato al 31 maggio p. v.

MISURATA (*Libia*). — La R. Prefettura di Misurata ha indetto un concorso per titoli ed esami a medico condotto per i centri di: Garibaldi, Corradini, Sliten, Tazzoli, Marconi. Scad. 13 giugno 1940. Stip. annuo L. 15.000, oltre indennità di servizio coloniale ed eventualmente di famiglia. Alloggio gratuito. Il bando è in visione presso le RR. Prefetture ed i Sindacati provinciali medici.

ROMA. *Ministero dell'Educaz. Naz.* — Concorsi alle seguenti cattedre universitarie nelle Facoltà di med. e chir.: igiene a Palermo, anat. umana norm. a Catania, fisiologia umana a Ferrara, biologia e zoologia generale compresa la genetica e la biologia della razza a Siena, patologia spec. med. e metodologia clinica a Catania, clinica pediatrica a Sassari, medicina del lavoro a Siena. Scad. 31 maggio (30 giugno per i residenti in A.O.I., Colonie italiane, Estero).

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — La scadenza del concorso per il conferimento di n. 25 borse di studio per un tirocinio di addestramento in puericultura tra medici esercenti in alcune province del Regno è prorogata al 30 giugno 1940-XVIII.

VERONA. *Istituti Ospitalieri.* — Concorsi per titoli ed esami a due posti di primario chirurgo, ad un posto di primario specialista in dermosifiloiatria e ad un posto di medico chirurgo assistente radiologo.

Per bando ed informazioni rivolgersi all'Amministrazione degli Istituti Ospitalieri di Verona, via Valverde 42.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il premio Francqui, di mezzo milione di franchi, è stato assegnato, dal Consiglio amministrativo della Fondazione, al prof. Pierre Nolf, direttore della « Fondazione medica Regina Elisabetta » del Congo belga, per i suoi contributi alla scienza, i quali onorano il Belgio e ne rialzano il prestigio all'Estero.

La medaglia Goethe per l'arte e la scienza è stata attribuita al prof. Ewald Hering, emerito di fisiologia dell'Università di Colonia.

Il dott. Giovanni Buitoni è stato nominato cavaliere del Lavoro, in occasione della ricorrenza del Natale di Roma.

Tra gli altri suoi meriti sono da ricordare le opere assistenziali fra le maestranze degli stabilimenti del gruppo industriale da lui presieduto, come gli asili-nido, il Dispensario antitubercolare Buitoni, le case popolari per gli operai, le colonie marine e montane.

Il dott. Buitoni inoltre ha dato opera egregia all'applicazione nel campo tecnico dei progressi della dietetica.

L'Eccellenza Giuseppe Bottai ha telegrafato al prof Prassitele Piccinini che S. M. il Re Imperatore si è degnato concedergli il diploma di medaglia d'oro dei benemeriti dell'educazione nazionale. Sono in realtà note le benemerenze del gr. uff. P. Piccinini in molti settori e specie in quello colturale. Congratulazioni.

NOTIZIE DIVERSE

5° Raduno della Società italiana di urologia.

Nei giorni 20 e 21 aprile u. s. ha avuto luogo presso la R. Clinica Chirurgica di Torino il V Raduno della Società italiana di urologia. Esso è consistito in una parte operatoria, in cui il prof. Uffreduzzi, direttore della R. Clinica Chirurgica, ed il prof. Caporale, direttore dell'Istituto di Urologia hanno mostrato ai congressisti interventi chirurgici moderni sulle vie urinarie, ed in una parte scientifica.

Per l'occasione la Società piemontese di chirurgia ha tenuto una seduta straordinaria in onore della Società italiana di urologia, dove sono state presentate comunicazioni interessanti da urologi e da chirurghi convenuti da tutta l'Italia. Il tema ufficiale del V Raduno è stato: « Le idronefrosi escluse le calcolose e le tubercolari ». Alla relazione ufficiale hanno fatto seguito interessanti comunicazioni.

Convegni regionali di tisiologia.

La Sezione Piemontese della Federazione Naz. Fascista lotta contro la tbc. comunica che il 3° Convegno Piemontese di tisiologia avrà luogo nei giorni festivi 29-30 giugno p. v. in Aosta con sedute scientifiche a Cormatore e a Cervinia, centri climatici-turistici di fama internazionale.

I temi di relazione sono: « Il pneumotorace spontaneo», relatori i proff. V. Debenedetti (Ivrea) e C. Malan (Torino) e « La tubercolosi in Provincia di Aosta » relatore il dott. G. Maschio (Direttore Consorzio Aosta).

Sono accettate comunicazioni anche su altri argomenti di tisiologia e gli interessati dovranno inviare il titolo delle loro comunicazioni, possibilmente con un breve riassunto.

I titoli delle comunicazioni e le adesioni devono essere inviate entro il 31 maggio al prof. G. Ferrando, delegato regionale, corso Orbassano 339, Torino. Per motivi logistici e organizzativi è necessario ottemperare a quanto sopra, essendo limitate le iscrizioni, mentre a suo tempo verrà poi inviato il programma dettagliato. Sono previste visite a luoghi ed istituti di cura, a stazioni termali con ricevimenti, gite, ecc. Riduzioni ferroviarie festive: 50 %.

Il 14 giugno prossimo avrà luogo in Padova il IX Convegno regionale della Sezione Veneta.

Tema di relazione: « Prevenzione dell'invalidità e possibilità di ricupero della capacità lavorativa nelle varie forme di tubercolosi osteo-articolare ». Relatore: prof. Sandro Marconi; correlatori: dottori Sannio Bravetti e Gastone Galluzzi.

I temi delle comunicazioni, che devono riferirsi ad argomenti d'indole scientifica o sociale nel campo della lotta contro la tubercolosi, devono essere inviati al Delegato regionale unitamente ad un riassunto ed alle conclusioni non oltre il 5 giugno.

Gli iscritti riceveranno una copia degli atti e potranno partecipare a tutte le manifestazioni organizzate dal Comitato ordinatore.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Delegazione Veneta, Campo Bandiera e Moro n. 3611, Venezia.

Adunata di medici combattenti e dei fanti d'Italia a Fiume.

È pervenuto al sen. Bastianelli, Segretario Naz. del Sindacato Fascista dei Medici, il seguente telegramma:

« Dirigenti Nazionali Reggimento Fanti d'Italia, riuniti a rapporto in Livorno, ricordano con ammirazione e riconoscenza la fraterna, diuturna, eroica assistenza ricevuta nelle tre guerre dai medici Combattenti d'Italia e li invitano a partecipare alla Adunata Nazionale del Reggimento in Fiume d'Italia l'8, 9 e 10 giugno ».

Il sen. Bastianelli ha così risposto:

« Comandante Dall'Ara - Milano

Vi sono molto grato per il telegramma inviatomi e per l'invito rivolto ai medici combattenti di partecipare all'adunata di Fiume.

Ho disposto perchè sia data ampia diffusione a questo invito nella certezza che i medici d'Italia parteciparenno numerosi a fianco degli eroici fanti ».

In conseguenza di ciò, il sen. Bastianelli ha raccomandato ai Segretari Provinciali dei Sindacati Medici di prendere immediato contatto con i Comandanti dei Battaglioni di Fanti esistenti in ogni Provincia, allo scopo di concretare rapidamente i dettagli della organizzazione periferica.

Al Raduno di Fiume potranno partecipare tutti i Medici d'Italia con i loro familiari.

Il costo del biglietto in seconda classe varia a seconda della distanza e si aggira intorno alle cento lire per persona.

Possono essere prenotati i posti negli alberghi delle varie categorie a prezzi molto ridotti.

Saranno presi accordi con la Cit per la visita ai Campi di Battaglia, alle Grotte di Postumia, ecc. ecc.

I medici interverranno in divisa militare con tenuta di marcia senza decorazioni; oppure in divisa fascista con berretto a busta del Corpo Sanitario Militare.

Occorre iscriversi al più presto onde evitare di giungere troppo tardi.

Iscrizioni e chiarimenti presso i Comandi di Battaglioni Fanti esistenti in ogni Provincia.

Nella Croce Rossa Italiana.

Il 27 aprile il Duce ha ricevuto il ministro di Stato sen. Filippo Cremonesi che, dopo molti anni dedicati con viva passione alla Croce Rossa Italiana, lascia, per compiuto periodo, la presidenza generale di quella istituzione.

Il Duce ha espresso il suo compiacimento al sen. Cremonesi, elogiandolo per l'opera sagace assiduamente svolta per il potenziamento dell'Ente, e si è riservato di chiamarlo ad altri incarichi.

* * *

Al senatore Filippo Cremonesi succede il senatore Giuseppe Mormino, nominato con recente Sovrano provvedimento.

Il nuovo presidente della Croce Rossa Italiana, sen. Giuseppe Mormino, è nato a Sutera, in provincia di Caltanissetta. Compiuti gli studi giuridici entrò nell'amministrazione degli Interni. Nell'immediato dopo guerra veniva chiamato a prestare servizio presso il gabinetto del sottosegretario di Stato per le Terre liberate e in se-

guito nel 1920 presso quello del sottosegretario di Stato dell'allora Ministero delle Poste e Telegrafi. Nominato sottoprefetto, reggeva successivamente le Sottoprefetture di Sant'Angelo dei Lombardi, San Severo e Cefalù. Nell'ottobre del 1922 partecipava alla Marcia su Roma. Il 30 dicembre dello stesso anno era nominato prefetto del Regno, con destinazione a Foggia, passando poi alle Prefetture di Perugia, Ancona, Padova e Genova. Nel 1933 era destinato presso il Ministero dell'Interno come capo di Gabinetto e il 18 novembre dello stesso anno veniva nominato senatore.

Le Terme di Chianciano passate allo Stato.

Il 2 aprile si è aperta a Chianciano la stagione termale del 1940-XVIII con una cerimonia alla quale sono intervenuti il Prefetto col Federale di Siena, le maggiori personalità della provincia, numerosi clinici e medici.

Il Commissario prefettizio al Comune, comm. Giove, con una efficace sintesi ha ricordato le fasi ed i motivi che hanno condotto alla demanializzazione delle Terme; l'ing. Banti, commissario dell'Azienda autonoma di cura, ha illustrato i risultati raggiunti con tale trapasso di gestione nonchè gli sviluppi che la stazione termale potrà realizzare nel prossimo futuro con l'esecuzione dell'imponente complesso di opere pubbliche che lo Stato si è assunto di eseguire.

L'ing. Buono, gestore comunale Terme, ha fatto rilevare come la stagione termale si sia iniziata con un notevole anticipo rispetto agli anni precedenti e con una attrezzatura completa in tutti gli stabilimenti. In fine il consulente medico generale delle Terme prof. Sabatini, clinico medico di Genova, ha poi tenuto il discorso inaugurale nel quale dopo aver posto in luce il crescente sviluppo delle Terme conseguito negli ultimi anni, ha illustrato le funzioni curative di Chianciano nel campo delle malattie di fegato ed in quello delle malattie del ricambio e dell'apparato cardiovascolare.

A conclusione della cerimonia ha preso la parola il Prefetto di Siena il quale si è dichiarato sicuro di interpretare il pensiero delle superiori Gerarchie confermando la certezza che il trapasso delle Terme allo Stato porterà sviluppo, decoro ed incremento alla città di Chianciano.

Col saluto al Re e al Duce ordinato dal Prefetto è stata dichiarata aperta la stagione termale di Chianciano per l'anno XVIII.

Disagio medico in Olanda.

Una Commissione della « Società Olandese per la medicina » ha pubblicato una relazione concernente la pletora medica in Olanda. Vengono avanzate varie proposte, come ridurre il numero di mutuati che ogni medico può avere in cura, lottare contro il cumulo degli incarichi retribuiti, far vietare la vendita dei farmaci nelle drogherie (cioè senza ricetta medica), limitare il numero degli studenti all'inizio del corso medico od anche prima dell'iscrizione, eliminare dalle università gl'individui di moralità e intelligenza insufficienti. L'ispettore statale della professione medica ha ottenuto che, durante la mobilitazione, sia disciplinata l'installazione dei nuovi medici — che fino ad ora è stata libera — e siano attuate misure per tutelare i medici mobilitati, regolando l'interinato.

Azioni giudiziarie.

Il dott. Felderman aveva pubblicato, a cura della Casa Editrice « Henry Holl & Co. Inc. », un libro sulla voce umana. La fabbrica di tabacchi « Ligget & Myers Tobacco Co. » ne riportò, non letteralmente, alcune parti in un opuscolo intitolato: « Alcuni fatti sulle sigarette » e precisamente in un capitolo dal titolo « Le sigarette danneggiano la gola? ». La Casa Editrice intentò causa per infrazione al diritto di proprietà letteraria, sostenendo che si era recato un danno alla reputazione dell'autore, in quanto tra il pubblico veniva a diffondersi il convincimento che l'autore medesimo si prestasse a commercializzare le sue ricerche: ciò avrebbe determinato anche un'azione negativa nella vendita del libro, mentre invece la fabbrica realizzava un guadagno illecito dalla propria azione propagandistica.

La Fabbrica sosteneva di avere facoltà di riferire, nel suo opuscolo, i fatti già acquisiti e di riportare dei brani pubblicati; metteva in rilievo di avere scrupolosamente adempiuto il dovere di citare la fonte. In linea subordinata, notava che le parti riportate costituivano una quantità trascurabile dell'opuscolo ed avevano scarso valore scientifico e letterario.

Il Tribunale, nella motivazione della sentenza, rileva che un ventesimo dell'opuscolo propagandistico è riportato dal libro del Felderman e che può trattarsi di « pirateria », anche se la riproduzione non è integrale e se la fonte è citata. La riproduzione di brani, con la doverosa citazione, è permessa dalla consuetudine, se fatta a scopo scientifico, letterario o culturale; ma questo non era il caso, poichè l'opuscolo aveva solo scopi commerciali. La Corte però non ha ammesso che la Casa Editrice possa farsi parte diligente, sostituendosi all'autore, nel promuovere la causa: l'autore avrebbe dovuto agire per conto proprio. Se, dunque, si vorrà che l'azione giudiziaria abbia corso, occorrerà modificare la denunzia, eliminando la Casa editrice come parte agente.

Un po' dovunque.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il nuovo regolamento per l'esercizio professionale delle ostetriche, alle quali viene affidata anche la vigilanza della madre e del fanciullo fino a 3 anni dalla nascita, in collaborazione con le autorità sanitarie e con l'O.N.M.I., sotto il titolo di « vigilatrici della madre e del fanciullo ».

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un piano decennale per le costruzioni ospedaliere (riattamenti, nuove costruzioni).

È annunciata la costituzione della Sezione provinciale di Padova delle Assiste di Medicina e Chirurgia. Il Comitato direttivo sarà presieduto dai proff. Pio Bastai, direttore della clinica medica e Galeno Ceccarelli, direttore della clinica chirurgica.

Il 3 maggio il Ministro dell'Ed. Naz. ha tenuto in Bologna un rapporto dei Rettori di tutti gli Atenei del Regno ed ha impartito direttive circa le attività universitarie in collaborazione dei G.U.F., sovratutto nei rapporti dell'assistenza morale, della cultura e della disciplina.

Nell'Università di Milano è stato organizzato un corso di magistero biopedagogico, promosso dal-

l'Associaz. degli Istituti biopedagogici italiani; il sen. Pende ha tenuto il 3 maggio la prolusione, trattando il tema: « La biologia della personalità umana nella Carta della Scuola ».

Nel « Messaggero » del 2 maggio si propone che le automobili dei medici abbiano un distintivo, in modo che i vigili del traffico stradale possano evitare le soste agli incroci.

Si è iniziata la pubblicazione di « Razza e civiltà », rivista mensile del Consiglio superiore e della Direzione generale per la Demografia e la Razza presso il Ministero dell'Interno; è diretta dal prof. Antonio Le Pera. Il primo fascicolo, in data 23 marzo, consta di 140 pagine e contiene una serie di 12 lavori originali, alcuni dei quali concernenti la medicina, e rubriche varie.

Il 24 febbraio si è svolta una riunione dei « Colloqui d'Esculapio », presso il R. Sanatorio San Luigi di Torino, sotto la presidenza del prof. G. Ferrando. Sono state fatte comunicazioni da: G. Ferrando, A. Griva, A. Rabino, G. Losano, U. De Michelis.

Nell'Ospedale Westend di Berlino si è inaugurata, il 12 aprile, una Sezione di urologia chirurgica; è diretta dal prof. Boeminghaus.

È stato inaugurato a Tolosa un grande ospedale militare, con 4000 letti in 14 padiglioni, collegati fra loro mediante una ferrovia elettrica sotterranea.

L'Istituto del Reich per la lotta contro la mortalità infantile ha compiuto il primo quinquennio. Esso ha, tra l'altro, istituito le stazioni del latte muliebre (alle donatrici viene corrisposto il compenso di marchi 2.50 per litro).

L'Unione internazionale contro la tubercolosi ha deciso, a causa della guerra, di differire il concorso per sei borse di studio nell'Istituto Carlo Forlanini di Roma.

In Germania si è istituita di recente la Fondazione Gerhard Wagner, che dispone di un milione di marchi allo scopo di rendere possibili gli studi ai giovani idonei e volenterosi, ma indigenti. I primi studenti che beneficieranno della istituzione sono tutti di medicina (11 maschi e 1 femmina). Alcuni lavoravano come pratici sanitari (infermieri) prima che fosse emanata la nuova legge.

Sir Milson Rees ha offerto cinque borse di studio da 60 sterline (circa 4000 lire it.) annue l'una, per figli di medici pratici, di età non superiore a 9 anni. L'assegnazione sarà fatta per concorso.

Il 23 aprile il prof. Pasteur Vallery-Radot ha tenuto la sua lezione inaugurale al corso di patologia medica nell'Università di Parigi.

Gli amici di Etienne Hernard hanno deciso di organizzare una manifestazione in onore dell'insigne radiologo, il 19 maggio, alla Casa dei medici di Bruxelles. Gli verranno offerte una targa in bronzo e un numero speciale della « Revue de Radiologie ». La cerimonia sarà presieduta dal ministro della Sanità; v'interverranno i delegati di vari Paesi. Per le adesioni rivolgersi al Dr. Daubresse-Morelle, rue de la Loi 154, Bruxelles.

Si è costituita a Bombay l'Associazione indiana di San Luca, che raccoglie i medici cattolici dell'India; aderisce all'Associazione inglese, di cui è organo ufficiale « The Catholic Medical Guardian ».

Il 1° Congresso internazionale per l'insegnamento ai sordomuti, che doveva tenersi a Groninga nel prossimo luglio, è rimandato di un anno, a causa della situazione europea.

È stato arrestato a Lugano l'ex-diplomatico peruviano Bacula, detto « il re della droga », principale protagonista del clamoroso scandalo scoppiato nel giugno 1938 a Parigi, quando si scoprì che egli era alla testa di un'organizzazione internazionale di trafficanti di stupefacenti; seguirono arresti e condanne, ma il Bacula era riuscito a dileguarsi ed era stato condannato in contumacia.

Ha avuto un grande successo a Dublino un dramma scritto da un medico, dott. Robert Collis, intitolato « Marrowbone Lane », in cui si denunziano i danni del sovraffollamento e della deficienza d'ospedalizzazione.

Un incendio ha distrutto il palazzo comunale di Milgair (Inghilterra), che era stato sgombrato dalle autorità per adibirlo a pronto soccorso e munito di sala operatoria e degli apparecchi necessari per la disinfezione. Pompieri e personale hanno domato il fuoco, ma ormai non erano rimasti in piedi che i muri maestri del fabbricato.

Si è spento il prof. ANGELO LAMARI, già primario negli Ospedali riuniti di Crema, autore d'importanti contributi, tra cui i rapporti tra l'ipofisi e lo sviluppo e il « sintoma di Lamari » per la diagnosi dei tumori cerebrali. Lascia un « Compendio di patologia speciale medica e di terapia clinica », in cinque volumi.

La scienza medica conta una nuova vittima, il giovane ventottenne dott. RANIERI VERGA, assistente della R. Clinica delle malattie infettive di Roma.

Questo giovane valoroso che si avviava allo studio di tale importante branca della medicina, è venuto meno per una grave sepsi contratta nell'esercizio delle sue funzioni.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Paris Méd., 6-13 genn. — Dermatologia.

Münch. Med. Woch., 19 genn. — P. HEILMANN. Ultravirus patogeni. — H. DIETLEN. I malati della circolaz. e il servizio di guerra.

Brit. Med. Journ., 13 genn. F. C. G. HOBSON. Estratti di milza determinanti piastrinopenia. — B. C. MURLESS. Trattam. delle scottature infette.

Rif. Med., 6 genn. — V. NERI e V. PUTTI. Interventi in angiomi vertebr.

Journ. A. M. A., 16 dic. — W. M. MEININGER e al. Trattam. della sifilide con solisminol. — H. M. TRUSTER. Shock da scottature.

Wien. Klin. Woch., 19 genn. — E. LANDA. Nefropatie ematogene. — G. RICHL jun. Seborrea e acne.

Amer. Journ. Med. Sc., genn. — A. J. QUICK e al. La malattia emorragica del neonato. — I. STARR e al. Pressione ematica statica. — L. TUFTO. Vaccinaz. antitifoidea intracutanea.

Arch. It. Mal. App. Dig., dic. — A. ALEXANDRE. Perforazioni iterative gastro-duod. da ulcera. — G. BALDACCI e S. MIANO. Diagn. funzion. pancreatica e biliare.

Ann. d'Ig., genn. — F. M. MARRES. Vibrione di El Tor. — G. BUONOMINI. Vaccinazioni antitifiche. — V. PUNTONI. Cinquant'anni di attività dell'Istituto antirabb. di Roma. — L. PERAGALLI. Materiali nuovi nella tecnica microscopica.

Paris Méd., 20-27 genn. H. YAVI. Vaccinaz. combinata contro il vaiolo e la febbre tifoide. — P. CARNOT e al. Lambliasi pancreatica.

Wien. Arch. inn. Med., 20 genn. — W. FALTA. Quadri morbosi ipofisari. — K. MAKRYCOSTAS. Anemia fuso-cellulare.

Min. Med., 14 genn. A. BORRINO. Il problema dell'adolescenza.

Lancet, 20 genn. R. L. OSBORNE. Medicinali simpaticomimetici. — S. C. DYKE e G. E. DYAS. Ernia dello stomaco con anemia.

Settim. Med., 21 dic. L. SAVAGNONE. Meccanismo diaz. dei sulfamidi.

Ann. It. di Chir., dic. — T. ANARD. Indice di Houghton.

Münch. Med. Woch., 2 feb. — K. BOCKHOM. I dolori di ventre. — E. PAYR. Testa grassa.

Bull. Acad. Méd., 19 dic. — H. VINCENT. Gangrena gass.; sieroter.

Brit. Med. Journ., 27 genn. — A. BANG. Miocardite gonococcica. — R. G. GORDON. Prevenzione dell'ansietà.

Deut. Med. Woch., 2 febbr. — WIELE e al. Polmonite. — MALETO. Stati pre-pellagrosi.

Lancet, 27 genn. J. A. RYLE. L'avvenire dell'insegnam. clinico.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 21 genn. — F. ENRICO. Pneumoperitoneo terap.

Clin. Chir., dic. — A. MASSONE. Ernia inguino-superfic. congenita. — F. SCIACCA. Rivascolarizzaz. del miocardio.

Pediatr., genn. — A. BARCAGLIA. Ipertrofia del timo.

Practitioner, febbr. — Disordini endocrini.

Presse Méd., 31 genn.-3 febbr. — Infezioni da *Bacillus funduliformis*.

Mediz. Klinik, 2 febbr. — Medicina italiana.

Med. Welt., 3 febbr. — F. v. BONNANN. Eziologia della scarlattina. — R. GOPDHANN. Trattam. delle ferite infette. — F. E. LINEKE. Alimentaz. di guerra e diabete.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo — A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 20 Maggio 1940 - XVIII Num. 20

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE - TRIESTE
Direttore: Prof. dott. G. SAI.

Potenziamento dell'azione insulinica mediante sostanze farmaco-dinamiche nel trattamento degli schizofrenici.

(Nota preventiva)

Dott. GIUSEPPE MASTRANGELO.

Nella amplissima serie di ricerche, cui il trattamento insulinico degli schizofrenici ha dato luogo, una larga parte è dedicata allo studio del comportamento del sistema nervoso vegetativo (s. n. v.): degni di particolare menzione i lavori di Pfister e di Wespi, ed i recentissimi importanti rilievi clinici e biologici di Ambrosetto. La questione tuttavia, per quanto sviscerata ed analizzata fin nei più minuti particolari, non mi parve fosse finora nel suo complesso sufficientemente valorizzata nella pratica clinica. In questa nota rendo brevemente conto di alcuni primi risultati ottenuti con l'uso di sostanze farmaco-dinamiche, usate per rilevare il comportamento del s. n. v. negli schizofrenici sottoposti ad insulinoterapia.

Noi sappiamo che il s. n. v. di questi malati non è indenne: vi sarebbe secondo molti AA. in tutti una netta deviazione in senso ipersimpaticotonico, secondo altri invece uno stato complesso di alterata funzione, senza che si affermi alcuna tendenza univoca verso la simpatico- o parasimpaticotonia; Santenoise trovò una inerzia neuro-vegetativa. In accordo con la opinione della maggioranza degli AA., si ammette che gli schizofrenici non sono in genere dei vagotonici: secondo Pfister, che arrivò a vedere nella schizofrenia una malattia primaria sistematica del s. n. v., ed altri si avrebbe nei casi recenti piuttosto una ipereccitabilità del s. n. v., mentre in quelli vecchi un difetto prima parziale e poi completo della regolazione neuro-vegetativa.

Se anche non si voglia condividere la così spinta opinione di Pfister sopra riportata, non

si può, tenendo presente l'influsso fisiologico costante ed immanente del s. n. v. su tutte le funzioni organiche, non riconoscere tutta la sua importanza nel quadro della sintomatologia somato-psichica dello schizofrenico.

Risulta d'altra parte bene assodato, da numerosissime ricerche, l'interessamento di tutto l'organismo, in tutte le sue funzioni, nell'insulino-terapia. È facile rendersi bene conto di ciò considerando che l'insulina (ormone a tendenza parasimpatica, secondo Garrelon e Santenoise, mentre gli schizofrenici sarebbero prevalentemente simpaticotonici!) viene immessa negli organismi spesso in dosi massive, determinando un imponente sconvolgimento nelle condizioni del s. n. v.

Partendo da queste premesse, mi parve logico tentare se era possibile modificare favorevolmente l'andamento della fenomenologia insulinica, nel senso di ottenere comi più profondi (ove necessario) e con dosi minori di insulina, agendo opportunamente, per mezzo di sostanze farmaco-dinamiche, sul s. n. v. È da notare a questo proposito che Sakel stesso, fin dal 1933, nella cura dei morfinomani, pensava di associare all'insulina medicamenti come il Gynergen, Atropina, Efetonina, Colina, Scopolamina, ecc.

Ricorderò appena, data la mancanza di un seguito, che già altri AA. tentarono, in varii modi, di modificare, potenziandola, l'azione dell'insulina: così Gyàrfàs e Frick somministrando per bocca 1 ctg. di Solfato di Rame, nell'intento che agisse sul fegato; così Colucci e Mezzino, in Italia, facendo precedere di un'ora e mezza, all'iniezione di insulina, un'altra di preparati epatici (io stesso esperimentai quest'ultimo metodo, ma senza risultati apprezzabili.

Scegliendo fra le varie sostanze farmacodinamiche, io usai l'eserina (salicilato di fisostigmina) alla dose di 1/2-1 mgr., e l'acetilcolina, alla dose di 5-10-20 ctg., appartenenti ambedue ai farmaci della sezione parasimpatica. Ricordo che l'adrenalina, farmaco tipico della sezione simpatica, viene invece usata quando si vuole interrompere lo shock od ovviare a qualche grave disturbo verificatosi nel corso dello shock. Nella scelta fui confortato dei recenti lavori di Milone e di Liaci, i quali, rispettivamente per l'acecolina e per l'eserina, avrebbero dimostrato che tali sostanze aumentano il potere ipoglicemizzante dell'insulina; ciò in contrapposto al fatto ben noto che la colina e l'acetilcolina, da sole, determinano invece iperglicemia.

Condussi finora delle prove su 16 pazienti, tutti schizofrenici, in corso di trattamento insulinico. Dopo aver ripetuto in ogni paziente, per vari giorni di seguito, la stessa dose d'insulina, onde assicurarmi della costante sua efficacia, associavo, in quantità minime specie nei primi giorni, l'eserina o la acecolina, iniettandole nella massa glutea, in siringa a parte, immediatamente dopo l'iniezione d'insulina. Regolandomi dai risultati, aumentavo o diminuivo nei giorni seguenti la dose d'insulina, talora associando a dì alterni l'acecolina e l'eserina, talora ripetendo invece numerose volte di seguito l'una delle due sostanze. In tutti i casi eseguii frequentissimi controlli, somministrando una stessa dose d'insulina prima isolatamente, poi associata all'acecolina o all'eserina, poi di nuovo isolatamente. Queste ricerche si protrassero già per vari mesi feconde di risultati positivi e di osservazioni interessanti. Riferisco di seguito, a mo' di esemplificazione, per sommi capi, alcune delle prove condotte su sei di tali pazienti, omettendo per brevità ogni cenno clinico e tutti i dati, che non sono direttamente in rapporto con la modificazione introdotta; ed avvertendo soltanto che, terapeuticamente, i risultati furono in questi, come negli altri 10 casi, buoni e talora ottimi.

1) Riz. Alberto, con dosi di 200-240 U. I. violenta agitazione psicomotoria, non perdita di contatto con l'ambiente; il paziente beve in quinta ora.

17 novembre 1939: 220 U. I. + 0.10 acecolina: agitazione più intensa, poi incoscienza assoluta, insorgenza di segni neurologici; alimentato dopo 4 h e 30'.

20 novembre 1939: 240 U. I.: tranquillo, smarrito.

21 novembre 1939: 240 U. I. + 0,001 eserina: coma all'inizio terza ora, interruzione inizio quarta ora.

22 novembre 1939: 240 U. I. + 0.10 acecolina: coma più intenso, con accesso epilettico dopo tre ore dall'iniezione.

23 novembre 1939: 240 U. I.: lieve precoma; alimentato in quinta ora.

24 novembre 1939: 220 U. I. + 0.10 acecolina: coma assai profondo in terza ora.

2) Pi. Celestina, dose ordinaria 140 U. I. Associando 0.10 acecolina come assai più profondo, con inizio più precoce. Diminuendo insulina a 130 U. lieve smarrimento, beve da sola. Associando a 130 U. 1. 0.10 acecolina oppure 0.001 eserina, coma profondo. Diminuendo ulteriormente va in coma con 50 U. I. e 0.10 acecolina.

3) Pe. Anna, associando a 100 U. I., che danno lieve precoma tranquillo, 0.05 acecolina oppure 0.001 eserina, coma profondissimo. Notasi però una più tardiva perdita dei contatti con l'ambiente. In seguito coma con 60 U. I. e 0.10 acecolina, mentre con 60 U. I., sola o associata a eserina, nessun fenomeno.

4) Ba. Linda, 120 U. I.: dose ripetutamente inefficace. Associando sia eserina che acecolina coma assai precoce, profondissimo, con risveglio rapido e contegno assai meno disordinato del solito. In seguito lieve sensibilizzazione. Il 22 novembre 1939 con 70 U. I. nessun risultato; il dì seguente 70 U. I. + 0.10 acecolina: fenomenologia assai precoce, coma profondo, risveglio tranquillo, contrastante con la solita violentissima agitazione. Il 24 novembre con 70 U. I. e 0.001 eserina quasi 0.

5) Be. Alfredo, 15 novembre 1939: 200 U. I.: sudorazione e smarrimento lievi; il paziente beve in quinta ora.

16 novembre 1939: 200 U. I. + 0.10 acecolina: all'inizio quarta ora coma profondo.

17 novembre 1939: 200 U. I. + 0.001 eserina: coma sì profondo, da rendere necessaria al termine quarta ora l'immediata interruzione con glucosio endovena.

24 novembre 1939: coma con 100 U. I. + 0.10 acecolina dopo 3 h 20'. Nei giorni seguenti anche aumentando dose insulina fino a 120, 140, 160 U., senza acecolina o eserina, nessun fenomeno, beve in quinta ora.

6) Mi. Enrico, soggetto particolarmente resistente alla insulina: si salì gradualmente a 300 U., poi fino a 360 U. I. senza il minimo risultato. Anche il zig-zag fu tentato inutilmente.

15 novembre 1939: 340 U. I.: modici sudori, pel resto 0.

16 novembre 1939: 340 U. I. + 0.10 acecolina: sudorazione più intensa, smarrimento.

17 novembre 1939: 340 U. I. + 0.001 eserina: coma in quinta ora.

20 novembre 1939: 360 U. I. nessun fenomeno particolare.

21 novembre 1939: 340 U. I. + 0.001 eserina: coma in quinta ora, con risveglio ottimo.

22 novembre 1939: 340 U. I. + 0.10 acecolina: coma profondo in quarta ora.

23 novembre 1939: 320 U. I. + 0.10 acecolina: coma profondo dopo 3 ore.

24 novembre 1939: 300 U. I. + 0.10 acecolina: accesso epilettico dopo 1 h 30', coma profondo dopo 3 ore.

Solo pochi rilievi conclusivi per chiudere queste note.

Tutte le prove riuscirono favorevolmente, seppure in diverso grado, le sostanze usate potenziando l'azione dell'insulina in misura talora veramente notevole. Dove il coma era leggero, esso diveniva completo di sintomi, profondo; dove esso era già tale, fu sempre possibile, mantenendolo inalterato, diminuire talora sensibilmente la dose d'insulina; dove il paziente presentava una insulino-resistenza insueta, questa scompariva, rendendo possibile l'attuazione della cura con dosi meno alte di insulina. Particolarmente istruttivo a tale riguardo è il caso riferito come ultimo. Si pose la più grande attenzione nello sceverare quanto fosse dovuto alla modificazione introdotta, e quanto invece al fenomeno della sensibilizzazione o dell'adattamento; a tale scopo, come già dissi, furono fatti numerosi controlli, iniettando in giorni vicini la stessa dose d'insulina sola o associata variamente. Parve, in ogni caso, di notare che le sostanze usate facilitano grandemente l'insorgenza della sensibilizzazione, all'infuori di quanto normalmente accade.

Determinazioni seriate della glicemia con la sola insulina o con la stessa dose d'insulina associata ad acecolina, dimostrarono un abbassamento del tasso glicemico nettamente più forte e più prolungato, confermando in pieno i risultati ottenuti da Milone.

Non ebbi mai a lamentare l'insorgenza di alcun particolare disturbo: dirò anzi che, specie con l'acecolina, nei malati che di solito presentavano disturbi talora preoccupanti del circolo e del respiro, il polso persistè sempre ottimo, valido e ritmico, la pressione mantenne pressochè immutati i suoi valori normali, non subendo le solite, a volte spiccatissime, oscillazioni; il respiro sempre abbastanza regolare, senza fasi di apnea o ritmi pericolosi. Nella fase precedente la perdita di contatto con l'ambiente si ebbe l'impressione di poter notare quasi costantemente una vivacità ed un senso di benessere maggiori, una insueta allegria; egualmente al risveglio, che anche dopo comi profondissimi, è stato senza eccezioni insolitamente rapido e facile.

Sui 16 pazienti trattati, 5 si dimostrarono sensibili in egual grado all'acecolina ed all'eserina, 9 più sensibili all'acetilcolina, 2 soli invece all'eserina. Su quali fatti si basi questo diverso comportamento, è difficilissimo poter dire. Devesi ricordare che mentre l'acetilcolina eccita direttamente i tronchi parasimpatici veri e propri e gli apparati periferici che reagiscono in egual senso, l'eserina invece non eccita propriamente, ma rende le terminazioni parasimpatiche sensibili o più sensibili a stimoli che senza di essa rimarrebbero inefficaci. È poi ben noto che qualsiasi sostanza farmaco-dinamica cambia azione col cambiare della dose, a seconda di essa inibendo o eccitando determinate sezioni vegetative. Quindi non è probabilmente indifferente l'iniettare mezzo o due mgr. di eserina, due o cinque o venti ctgr. di acetilcolina.

Oltre poi al medicamento bisogna considerare la costellazione ormonica dei singoli pazienti, il tono vegetativo, la sensibilità delle diverse sezioni di questo alle stimolazioni specifiche. Le ricerche che ho tuttora in corso vertono appunto su questi problemi: su quali

motivi rendano in ogni paziente preferibile la scelta di un determinato medicamento; sul momento migliore di somministrarlo, sulla dose, ecc. La grande complessità però dell'argomento, con le sue numerosissime interferenze, e la necessità imprescindibile di seguire nei malati un corso di cura in ogni caso efficiente, rendono l'andare assai lento e difficile: per cui ritengo opportuno di rendere già ora noti questi primi risultati, sia per l'interesse che suscitano in campo teorico, sia per la possibilità di rendere il trattamento di qualche malato più efficace, sia infine per l'altra possibilità di risparmiare in taluni casi dosi anche notevoli di insulina, cosa che nei momenti attuali è oltremodo desiderabile.

RIASSUNTO.

L'autore ha associato in 16 schizofrenici in corso di trattamento insulinico iniezioni di acecolina e di eserina, nell'intento di agire sul sistema nervoso vegetativo, ed ha ottenuto un potenziamento dell'azione insulinica in molti casi assai netto.

BIBLIOGRAFIA.

AMBROSETTO C. *Rilievi clinici e biologici durante la crisi insulinica provocata*. Boll. Soc. Med. Chir., fasc. I, Pavia, 1940.

Atti del Congresso di Münsingen del 1937 su « La terapia della schizofrenia ».

Atti del Convegno sulla « Terapia moderna della schizofrenia ». Milano, 1937.

BARUK. *Psichiatrie médicale*.

COLUCCI-MEZZINO. *Lo shok insulinico, provocato col metodo epatoinsulinico di D'Amato e Lombardi, nella cura della schizofrenia*. Nota I. Riv. Med., V. 50, p. 1911-1924, 1938.

GYÀRFÀS K. und F. FRICK. *Cuprum solforicum in der Insulinschocktherapie*. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, n. 9, p. 99-101, 1939.

LIACI. *Influenza dell'eserina sul potere ipoglicemizzante dell'insulina*. Boll. Soc. It. Biol. Sper., p. 461-463, 1939.

MILONE G. *Curva glicemica da insulina inibendo o eccitando farmacologicamente il sist. neurovegetativo*. Il Policlinico, Sez. Pratica, p. 317, 1939.

PETRASSI, SLAVICH, GREPET e BERETTA. *Il quadro fisiopatologico dello shock ipoglicemico negli schizofrenici*. — Nota I. *Il ricambio proteico*. - Nota II. *Ricerche di idrodinamica circolatoria*. - Nota III. *Ricambio idrocarbonato*. - Nota IV. *Sul comportamento del K, Ca, e Na Cl ematici*. Lo Sperimentale, fasc. VI, 1938; I, II e III, 1939.

PFISTER O. *Die neuro-vegetativen Störungen der Schizofrenien und ihre Beziehungen zur Insulin*. Cardiazol und Schlafkurbehandlung.

H. H. REESE and A. WANDER VEER. *Protamin. zinc. insuline*. Archiv. of Neurol. and Psich., p. 232-241, 1938.

M. SAKEL. *Neue Behandlungsmetode der Schizofrenie*. Verlag Perles, 1935.

ID. *Neue Behandlung der Morphinsucht*. Zeitschr. f. d. G. Neur., vol. 143, p. 506-534.

VESPI A. *Vorläufige Mitteilung über Beobachtungsresultate von veget. Funktionen bei der Insulinschockbehandlung der Schizofrenie*. Com. al Congresso di Münsingen, 1937.

NOTE E CONTRIBUTI

LABORATORIO DI MALARIOLOGIA DI DESSIÈ
diretto dal prof. A. CORRADETTI.

Azione della terapia adrenalinica in dosi minime uniformi nella malaria recente.

Dott. LEONELLO NUCCIOTTI.

È accertato che la terapia adrenalinica produce nei malarici cronici riduzione del tumore di milza e notevole miglioramento delle condizioni generali.

Ricerche di Pizzillo hanno messo in evidenza che durante il corso del trattamento spesso si verificano risvegli dell'infezione che si esplicano con accessi febbrili e presenza di parassiti in circolo.

In una nota precedente io avevo osservato che nelle primitive di estivo autunnale trattate alla fine dell'attacco primario con adrenalina, in un certo numero di casi si verificava una riduzione delle reazioni febbrili alle recidive parassitarie, mentre non si osservava azione parassiticida nè sulle forme del ciclo schizogonico nè su quelle gametocitiche.

Il problema che avevo cercato di affrontare nella nota precedente e sul quale ritorno nel presente lavoro è di determinare un metodo pratico per trasferire la terapia adrenalinica dal campo clinico al campo pratico per il trattamento di masse di lavoratori in Africa Orientale.

Appunto per questo scopo le mie ricerche precedenti erano state eseguite con dosi fisse di adrenalina anzichè con dosi progressivamente crescenti come è uso comune nella malaria cronica. Rendere fisse le dosi di adrenalina ha notevole importanza pratica poichè il sistema delle dosi progressivamente crescenti incontra gravi difficoltà di applicazione in una lotta antimalarica condotta su larga scala.

Poichè inoltre durante il trattamento adrenalinico si hanno risvegli febbrili e parassitari che producono non indifferenti danni negli organi interni appariva opportuno ricercare se abbassando le dosi dell'adrenalina fino a ridurle al minimo si potesse diminuire il numero delle recidive.

Nei malarici recenti in cui non si sono ancora determinate forti splenomegalie non appare infatti necessario usare forti dosi di adrenalina ma basta giungere a dosi sufficienti a dare un deciso miglioramento delle condizioni generali. Forti dosi, come quelle usate nella terapia della malaria cronica, provocando recidive, possono contribuire al contrario ad aumentare i danni prodotti dall'infezione.

Pertanto si è istituito un metodo di terapia adrenalinica da applicare nei malarici recenti che rispondesse alla duplice esigenza della praticità di somministrazione e della produzione di un numero minimo di recidive, e che al tempo stesso fosse ancora sufficientemente efficace per determinare quei miglioramenti dello stato generale dati dalla terapia adrenalinica usata normalmente.

TABELLA A

Numero del soggetto	Diagnosi microscopica	Numero dei giorni trascorsi tra il primo attacco e l'inizio della cura	Giorni di trattamento e osservazione	Quantità di surrenasi somministrata (in mg.)	Quantità di chinina somministrata (in g.)	Numero dei gruppi di recidive febbrili	Numero complessivo degli accessi febbrili	Numero degli esami di sangue	Numero delle recidive microscopiche	
									Parassiti del ciclo schizogonico	Gametociti
	A) Soggetti trattati con dosi progressivamente crescenti di adrenalina									
1	E. A.	22	64	1,35	5,6	2	3	33	17	11
2	E. A.	51	49	1,50	7,0	4	7	43	5	27
3	E. A.	24	59	1,50	5,6	2	3	45	14	24
4	E. A.	4	93	1,33	9,8	7	8	35	14	21
5	E. A.	19	30	0,53	1,2	3	3	26	4	21
6	T. B.	5	46	1,50	0	0	0	31	0	0
7	T. B.	13	76	1,50	0	0	0	46	0	0
8	T. B.	378	62	1,45	1,4	1	2	52	13	8
9	T. B.	114	49	1,50	5,2	3	4	38	14	6
10	T. B.	46	34	1,40	3,4	3	3	32	13	0
	B) Soggetti trattati con dosi minime uniformi di adrenalina									
11	E. A.	3	19	0,18	2,0	1	1	16	1	6
12	E. A.	3	15	0,18	2,4	1	2	15	3	0
13	E. A.	6	59	0,18	4,0	4	5	19	4	9
14	E. A.	4	76	0,18	3,2	1	1	22	0	1
15	E. A.	438	34	0,18	2,2	2	2	13	2	13
16	E. A.	6	70	0,18	3,0	3	3	13	2	2
17	E. A.	6	68	0,18	4,2	4	4	15	1	0
18	E. A.	65	114	0,18	3,6	3	3	25	6	3
19	E. A.	94	18	0,18	6,6	0	0	14	1	13
20	E. A.	32	18	0,18	7,4	1	1	16	2	16
21	E. A.	11	18	0,18	6,8	2	2	15	0	0
22	E. A.	7	18	0,18	6,8	0	0	15	0	0
23	T. B.	4	15	0,18	1,2	1	1	16	5	2
24	T. B.	4	23	0,18	2,4	2	2	23	2	1
25	T. B.	35	28	0,20	0,6	1	1	20	2	2

Il metodo usato consisteva in sei iniezioni endovenose di surrenasi da 1/100 di mg. ciascuna e in sei iniezioni da 1/50 di mg. La somministrazione era quotidiana.

Complessivamente quindi si somministravano 0,18 mg. di surrenasi, cioè una dose equivalente a poco più di un decimo di quella usata nella malaria cronica con forti splenomegalie.

Nella presente nota si espongono i risultati di esperimenti compiuti con questo metodo di cura e si paragonano ai risultati ottenuti trattando altri soggetti con il metodo delle dosi progressivamente crescenti (secondo il noto schema di Ascoli).

Gli esperimenti sono stati compiuti nell'infermeria di Combolcià (a circa 20 km. da Dessiè) su soggetti che avevano contratto l'infezione malarica nella regione Uollo Jeggiu (Africa Orientale Italiana).

Complessivamente si sono trattati 25 soggetti. Di questi, dieci (5 con estivo autunnale e 5 con terzana benigna) sono stati trattati con dosi progressivamente crescenti di adrenalina. Gli altri 15 (12 con estivo autunnale e 3 con terzana benigna) sono stati trattati con dosi minime uniformi secondo lo schema sopra descritto. I risultati sono riassunti nella annessa tabella A.

Dagli esperimenti si rilevano i fatti seguenti:

1) i soggetti con estivo autunnale trattati con dosi progressivamente crescenti di adrenalina (casi 1-5) hanno tutti avuto 3-8 recidive febbrili in un periodo di osservazione di 30-93 giorni. Parassiti del ciclo schizogonico sono stati osservati negli esami di sangue 4-17 volte. Si conferma pertanto che nei soggetti trattati con adrenalina sono spesso presenti parassiti del ciclo schizogonico nel sangue periferico senza contemporanea reazione febbrile. I gametociti si sono riscontrati in tutti i casi 11-27 volte.

2) i soggetti con terzana benigna trattati con dosi progressivamente crescenti di adrenalina (casi 6-10) hanno dimostrato un comportamento diverso nei vari casi. Due di essi (soggetti 6 e 7) non hanno mai presentato recidive febbrili o parassitarie in rispettivamente 46 e 76 giorni di osservazione. Negli altri tre soggetti (casi 8, 9 e 10) si sono verificate 2-4 recidive febbrili e 13-14 recidive parassitarie con forme del ciclo schizogonico i gametociti sono stati riscontrati 0-8 volte. L'assenza di recidive nei casi 6 e 7 non può però attribuirsi all'adrenalina perchè è noto che in molti casi la terzana benigna recidiva solo dopo lunghissimo tempo e in qualcuno non recidiva affatto;

3) i soggetti con estivo autunnale trattati con dosi minime uniformi di adrenalina (casi 11-22) hanno tutti presentato nei 18-114 giorni di osservazione da 0 a 5 recidive febbrili e hanno dimostrato nel sangue periferico 0-6 volte parassiti del ciclo schizogonico e 0-16 volte gametociti;

4) i soggetti con terzana benigna trattati con dosi minime uniformi di adrenalina (casi 23-25) hanno tutti avuto 1-2 recidive febbrili, 2-5 recidive parassitarie con forme del ciclo schizogonico, e 1-2 volte presenza di gametociti.

Per un'analisi più profonda dei risultati sopra esposti occorre tenere presente che i diversi soggetti dei vari gruppi sono rimasti sottoposti all'osservazione per tempi diversi, per cui è apparso necessario riportare i dati a una media comune di 60 giorni di osservazione al fine di renderli paragonabili tra loro.

Nella tabella B sono espressi per ciascun gruppo il numero degli accessi febbrili e delle recidive parassitarie calcolabili in media in ciascun soggetto dopo riferimento a un periodo di osservazione di 60 giorni.

TABELLA B

Numero delle recidive febbrili e parassitarie calcolato per ciascun soggetto di ogni gruppo di esperienze e per un periodo di osserv. di 60 giorni

Gruppo di esperienze	Numero delle recidive febbrili	Numero delle recidive parassitarie	
		ciclo schizogonico	gametociti
E. A., dosi crescenti di surrenasi	5	11	21
E. A., dosi min. unif. di surrenasi	2,7	2,5	7
T. B., dosi crescenti di surrenasi	2	9	5,1
T. B., dosi min. unif. di surrenasi	3,3	8	4,3

Dal complesso dei risultati ottenuti appare evidente che col trattamento con dosi minime uniformi le recidive febbrili e parassitarie sono state numericamente inferiori a quelle verificatesi col trattamento con dosi progressivamente crescenti. Il fenomeno appare particolarmente chiaro nell'estivo autunnale, e assai meno evidente nella terzana benigna.

A questo si aggiunga che nei soggetti trattati con dosi minime uniformi si è verificato lo stesso grado di miglioramento generale, mentre non si sono mai osservati i disturbi transitori che talvolta si verificano colle alte dosi di adrenalina.

Concludendo il metodo sperimentato presenta nella malaria recente i seguenti vantaggi rispetto al metodo delle dosi più alte somministrate secondo lo schema usato per la malaria cronica:

1) maggiore facilità di applicazione;

2) minor numero di recidive febbrili e parassitarie, e quindi minori danni anatomici e minori quantità di medicamenti specifici da somministrare;

3) identico grado di miglioramento delle condizioni generali con quantità complessiva minore di adrenalina;

Pertanto il metodo risulta indicato come coadiuvante della cura specifica nel campo pratico.

RIASSUNTO.

Si espongono esperimenti compiuti in A.O.I. diretti a determinare un metodo di applicazione pratica per il trattamento della malaria recente con adrenalina. Si è osservato che nella malaria recente il metodo consistente nella somministrazione di sei iniezioni endovenose da 1/100 di mg. e successivamente di sei iniezioni da 1/50 di mg. di surrenasi (complessivamente mg. 0,18) produce rispetto al metodo delle iniezioni progressivamente crescenti usate nella malaria cronica un minore numero di recidive febbrili e parassitarie e un identico grado di miglioramento delle condizioni generali. Data la sua relativamente maggiore facilità di applicazione il metodo risulta utile come coadiuvante della cura chininica nel campo pratico.

BIBLIOGRAFIA.

NUCCIOTTI L. Riv. di Malariologia, sez. I, 17 (2): 131-136, 1938.

PIZZILLO G., Riv. di Malariologia, sez. I, 16 (5): 404-411, 1937.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE VITTORIO EMANUELE III - CODIGORO.
Dott. LUIGI COSTA, chirurgo primario.

Di una grave complicanza post-operatoria in chirurgia gastrica

per il dott. LUIGI COSTA.

Ritengo istruttivo illustrare un grave incidente post-operatorio occorsomi dopo un intervento sullo stomaco anche perchè, raramente sono state segnalate simili evenienze nonostante sia da ritenersi che a chiunque faccia largamente chirurgia gastrica, siano inevitabili tali complicanze sia pure in lieve percentuale.

R. Giuseppe, a. 37, brigadiere RR. CC., Intra. Entra in Ospedale il 6 aprile 1938-XVI.

Anamnesi. — Padre e madre viventi e sani. Nato a termine ebbe allattamento materno. Soffrì i comuni esantemi dell'infanzia. Sposo con donna sana, ha tre figli in ottima salute.

Nega la lues e le altre malattie veneree.

Nel 1919, a 18 anni, incominciò ad avvertire sofferenze gastriche costituite da senso di peso all'epigastrio e vomito a distanza dai pasti (qualche ora) specie di notte, pirosi gastrica, rigurgiti acidi.

Tale sintomatologia aveva periodi di remissione per lunghi mesi e tornava a ricomparire specie in primavera cogli stessi caratteri. Tale stato di cose si protrasse per qualche anno, cessando pói all'età di 27 anni, quando il paziente contrasse malaria, questa affezione afflisse il paziente per tre anni a più riprese nonostante le più energiche cure chininiche. In tale periodo ricomparvero i disturbi gastrici di cui sopra, con dolori meno violenti, qualche vomito

L'ammalato racconta che se dopo 4 o 5 ore dai pasti, quando di consueto insorgevano i disturbi, prendeva qualche cibo, questi non si presentavano. Da 5 anni i dolori si sono accentuati, avendo il periodo di massima acutezza durante l'estate. Ha avuto qualche vomito di colore oscuro (fondo di caffè). Da qualche tempo si è accorto che all'epigastrio durante i conati di vomito si formava una tumefazione dura, elastica, che si riduceva poi alla pressione digitale in posizione supina.

Esame obbiettivo. — Costituzione regolare. Masse muscolari e pannicolo adiposo normalmente sviluppato. Cute e mucose visibili alquanto pallide.

Capo e collo. — Nulla di notevole.

Torace. — Normale. Nulla a carico degli apparati respiratorio e circolatorio.

Addome. — Piano, trattabile, lievemente dolente all'epigastrio ove è presente una piccola ernia. Fegato e milza in sede normale.

Arti. — Normali.

Sistema nervoso. — Normale.

Esame urine. — Negativo.

Sangue occulto nelle feci. — Presente +++.

Wassermann. — Negativa.

Pressione arteriosa: Mx. 140; Mn. 75.

Prova del laccio: negativa.

Tempo di emorragia: 3' 20".
Tempo di coagulazione: 14'.
Esame radiologico del tubo digerente. — Stomaco a pliche mucose normali. Contorni delle pareti netti. Peristalsi superficiale efficace. Porzione piloro-duodenale deformata, a riempimento irregolare. Dolente alla pressione. Si nota una nicchia riferibile ad ulcera. Deflusso lento. Prime anse digiunali regolari. Ileo normale. Cieco austrato, poco spostabile, modicamente dolente, appendice non visibile.
Diagnosi radiologica: Ulcera iuxta-pilorica.
Operazione. — Iniezione endovena di preanest Zambelletti un'ora prima dell'inizio dell'intervento. Anestesia locale con tutocaina sulla pararettale destra inferiore e sulla xifo-ombellicale. Laparatomia pararettale destra, appendicectomia e sutura totale a strati della parete addominale. L'appendice presenta fatti aderenziali che determinano uno strozzamento alla base cui è dovuta la mancata iniezione all'esame radiologico.
Laparatomia mediana xifo-ombellicale. Aperto il cavo addominale ed applicato il divaricatore si esteriorizza lo stomaco; e si rivela una deformazione in sede piloro-duodenale. Alla palpazione si avverte una callosità; la sierosa corrispondente ha aspetto madreperlaceo cicatriziale. Tale stato determina stenosi parziale ma notevole del tratto. Lo stomaco è ectasico, a pareti spesse. Gastroenterostomia trans-mesocolica posteriore ad ansa verticale e sutura totale a strati della parete addominale.
Dopo 4 ore dall'atto operatorio, il paziente che aveva assunto un aspetto estremamente pallido, è colto da abbondante vomito di sangue rosso rutilante. L'assistente provvede subito a praticare iniezioni emostatiche e fleboclisi.
Chiamato d'urgenza in ospedale, giungo mentre il malato ha un nuovo abbondantissimo vomito di sangue; il polso è appena apprezzabile, filiforme, vuoto, affanno, estremo pallore.
Questi segni mi danno la sicurezza della imminente fine del paziente e decido il reintervento come tentativo estremo.
Praticate ulteriori ipodermoclisi e fleboclisi il malato vine portato in sala operatoria.
Apro la ferita operatoria senza anestesia alcuna. Incido verticalmente la parete anteriore dello stomaco in corrispondenza della gastroenterostomia praticata ed attraverso questa breccia operatoria prosciugo il contenuto abbondante di sangue rosso; indi posto un dito sulla parete posteriore spingo la stomia verso la breccia praticata anteriormente e controllando le suture della mucosa riscontro un punto emorragico all'angolo superiore del neostoma. Non debordando alcun margine della mucosa e non vedendo quindi alcun moncone vasale, penso trattarsi di un vaso perforato coll'ago durante la sutura. Dò in detta sede un punto di catgut in massa ed ottengo subito l'emostasi; ispezionata per quanto possibile la cavità gastrica non trovo alcun altro punto emorragico; suturo quindi la ferita gastrotomica e rapidamente la parete addominale a strati.
Praticate ulteriori ipodermoclisi e fleboclisi il paziente, che alla fine dell'atto operatorio è in condizioni estremamente gravi per l'anemia, si riprende molto lentamente. In terza giornata il polso e le condizioni generali appaiono decisamente migliorate; in quarta insorge febbre a 39° e qualche colpo di tosse; un dolore puntorio all'emitorace sinistro ci segnala l'insorgenza di un focolaio broncopneumonico; anche questo viene superato; e l'ammalato si avvia definitivamente alla guarigione, tanto che lasciò l'ospedale dopo 26 giorni.

Tali complicanze post-operatorie raramente sono state denunziate dai chirurghi e quindi poco si è scritto e poco si è parlato di esse.

Il Paolucci in una riunione della Società Emiliana-Romagnola di Chirurgia, nella seduta del 30 ottobre 1937, basandosi su 500 interventi sullo stomaco, denunziò tre casi di grave emorragia gastrica post-operatoria occorsigli nella Clinica di Bologna; esse furono tanto gravi da ritenere che senza tempestivo ardito reintervento si sarebbero perduti i pazienti, così invece egli potè salvarne due.

Intendo parlare solo delle grandi emorragie, cioè di quelle che lasciate a sè non danno adito a salvezza del malato, trascurando le modiche gastrorragie che non turbano l'andamento post-operatorio e non compromettono la vita dell'operato. In questi ultimi casi non vi è mai un quadro allarmante poichè i caratteri del polso ecc. restano invariati.

Come disse il Paolucci, di ciò fece cenno il Cavina in una sua pubblicazione trattando dei vantaggi della resezione sulla gastro-enterostomia. Nella clinica di Rostok. il Metge ne osservò 4 casi in un anno e mezzo. Su 1000 resezioni gastriche v. Haberer 10 volte fu costretto a reintervenire per emorragia grave. Nella seduta stessa citarono casi personali di reintervento Marogna 1, D'Agostino 4, Nigrisoli 2.

Cause. Le cause di tali emorragie vanno ricercate nell'ulcera stessa lasciata in sede dopo una gastroenterostomia o dopo una resezione anche se si sia asportata l'ulcera, poichè vi può essere una seconda, una terza ulcera sfuggita all'osservazione e rimasta nel moncone gastrico. Si può avere emorragia per erosione della mucosa gastrica specie quando esistano gravi gastriti. Può verificarsi che durante la sutura coll'ago si perfori un vaso e da ciò derivare forte emorragia; lo stesso può avvenire per cedimento di punti di sutura del neostoma. È indubbio che in tali evenienze la causa va principalmente ricercata in possibili errori di tecnica, senza per questo voler in alcun modo muovere critica a chi abbia più o meno riscontrati simili incidenti. A qualsiasi operatore, il più abile e più fornito di mezzi, può avvenire di riscontrare un certo numero di emorragie post-operatorie del genere.

Convinto che in linea di massima la tecnica possa pressochè annullare questi inconvenienti, dopo questo caso a me occorso e come ho detto della massima gravità, ho sempre curato l'emostasi diretta di tutti i vasi della mucosa gastrica e digiunale e nonostante ciò circa

un mese fa in un resecato per ulcera, ho avuto una discreta emorragia gastrica che però non richiese il reintervento e cessò in terza giornata senza danno per il paziente.

In ogni intervento gastrico normalmente suturo a due strati ed uso il punto Donati; nel caso descritto invece avevo fatto il neostoma a tre strati e con particolare accuratezza appunto per lo spessore della parete gastrica dovuto ad ipertrofia della muscolare.

Condizioni che impongono il reintervento. Quando l'ammalato dopo breve tempo (qualche ora) dall'operazione si mostra inquieto, diviene pallido e la cute e le mucose appaiono anemizzate, il polso si fà piccolo, frequente, fuggevole, si verifica vomito di sangue, sopravviene ambascia, fame d'aria, dilatazione delle pupille, i coagulanti e le trasfusioni non riescono a dominare tale sintomatologia e specie il vomito di sangue rosso rutilante, il chirurgo deve reintervenire anche se ciò significhi ardimento, poichè questo è l'unico modo per poter salvare il paziente.

In un altro ospedale osservai un caso simile non da me operato. Trattavasi di un resecato per ulcera nel quale poco dopo l'intervento si verificò una imponente emorragia gastrica con vomito e tutti i segni della massima gravità; il reintervento non fu repentino, i vomiti si fecero frequenti e quando si reintervenne le condizioni erano tali che il paziente venne a morte appena chiusa la parete addominale.

Nel mio caso devo affermare non ebbi esitazioni di sorta, il reintervento fu immediato e scoperto il punto emorragico ed allacciato con punto in massa il punto sanguinante, ebbi netta la sensazione di aver dato al paziente la possibilità di vita.

È mia convinzione che, quando vi sia il rapido aggravamento del paziente, colla sintomatologia sopradescritta, unico mezzo per ottenere la salvezza del paziente è l'intervento diretto.

Circa la tecnica da seguirsi ritengo che la più pratica, perchè la più semplice, sia quella usata dal D'Agostino e che io pure ho trovata rapida ed efficace.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di grave emorragia post-operatoria in un gastroenteromizzato. Espone le cause di tale complicanza, esamina le condizioni in cui è indispensabile intervenire ed il metodo usato in tale circostanza, ritenendo che nella maggior parte di questi casi, la causa si debba ricercare nella tecnica.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

OSPEDALE CIVILE « ELENA DI SAVOIA » - TREVISO
I. DIVISIONE CHIRURGICA ED UROLOGICA.
diretta dal Prof. F. DE GIRONCOLI.

Sui vantaggi del levar precoce degli operati.

Dott. LIVIO ZAVA, assistente effettivo.

Un operato, immobilizzato a letto per più giorni, viene a trovarsi in condizioni diverse dalle sue abituali, anche lasciando a parte l'atto operativo, per il fatto che deve restare a lungo in posizione orizzontale ed immobile.

Come la fisiologia insegna, da tali condizioni risultano modificati il ritmo e la profondità del respiro, il ricambio viene rallentato, le masse muscolari restano inattive e quindi tutti i processi combustivi subiscono una diminuzione, mentre le condizioni di circolo vengono profondamente modificate.

La lunga permanenza a letto espone poi alcuni individui, a disturbi più notevoli, che vanno dalla difficoltà alla minzione ed alla evacuazione gastrointestinale con meteorismo, alla comparsa, specie negli anziani, di dolori osteo-articolari, di decubiti e di ipostasi polmonare con tutte le conseguenze gravi che specie a quest'ultima possono seguire. Molti incolpano inoltre la immobilità postoperatoria ed il rallentamento del circolo, di favorire alcune complicazioni vasali come flebiti, trombosi ed embolie.

Da tutto questo consegue, che la immobilità postoperatoria costituisce un necessario riposo per i tessuti traumatizzati dall'intervento, ed aiuta la cicatrizzazione, presenta pure notevoli inconvenienti dei quali si sono preoccupati molti chirurghi, ed ai quali hanno cercato di ovviare, alcuni semplicemente con la ginnastica a letto, altri attuando l'alzata precoce, che poi altro non è che una energica ginnastica.

Forgue, riassumendo tali concetti così si esprime:

« Gli è con la ginnastica da letto, col movimento precoce degli arti inferiori, col far alzare precocemente gli operati, che noi ci garantiamo nella maniera più efficace contro la flebite che resta la minaccia imprevista nei nostri laparotomizzati meglio condotti, e contro l'embolia che ne può essere l'esito drammatico ».

Il numero di questi ultimi chirurghi, è ancora relativamente esiguo e va sempre aumentando, mentre una buona parte segue ancora il vecchio concetto ed applica rigidamente la lunga permanenza a letto.

Pochi saranno però i chirurghi, e forse nessuno, anche fra i più ostinati sostenitori della lunga degenza a letto degli operati, che non dovranno ammettere di aver avuto nella loro pratica almeno uno o più casi di vecchi in età tarda e di solito anche in non buone condizioni generali, operati d'urgenza specialmente per ernia strozzata, spesso di imponente volume, che in un decorso postoperatorio agitato, in preda a psicosi (postoperatoria) si sono alzati dal letto deambulando e facendo i più svariati e scomposti movimenti, magari nello stesso giorno dell'intervento o nei primi a questo consecutivi, senza risentirne alcun danno, ma anzi conseguendo contro ogni più logica previsione. un'ottima guarigione per prima intenzione e senza aver a lamentare alcuna delle tanto frequenti complicazioni che spesso aggravano il decorso postoperatorio di operati in tarda età, spesso proprio i più ligi agli ordini del medico.

Del metodo del levar precoce degli operati, attuandolo isolatamente, e sollevando una tempesta di obbiezioni, si fece propugnatore sin dal 1898 l'americano Ries.

La sua idea che appariva rivoluzionaria in un periodo in cui gli operati venivano tenuti a letto immobili e magari con bendaggi gessati o amidati, per un periodo di almeno ventun giorni, doveva restare senza risultati pratici, e cadere nel dimenticatoio, per venire riesumata e riattuata una decina di anni dopo, nel 1909 in Germania da parte di Kroenig, Pfannenstiel Fromme, Neurath ed Etz.

Ad essi, ritenuti arditi e forse temerari, non arrise miglior fortuna che al Ries.

Nessuno in seguito, fino allo Chalier nell'immediato dopo guerra in Francia, osò attuare o tentò di riparlare di alzata precoce degli operati.

Chalier nel 1919, con numerose pubblicazioni della sua Scuola e con la tesi del suo allievo Vaisse, che presentava corredata da una statistica di 180 operati, affermava decisamente di aver cominciato a far abbandonare il letto agli operati di ernia fin dalla terza giornata, e che visti gli ottimi risultati e l'assenza di complicazioni, si riprometteva di ancora ridurre questo limite, estendendo altresì il metodo ai laparotomizzati, per i quali ormai dai 21 giorni di un tempo, era arrivato ad un periodo minimo di 8 giorni. Lo stesso abbassava poco dopo ulteriormente questi limiti, portandoli a 2 e 5 giorni rispettivamente e comunicando gli ottimi risultati ottenuti, affermava che l'alzata precoce consisteva nel far abbandonare il letto agli operati dal 2° al 5° giorno dopo l'operazione, e che essa sarebbe stata tanto più efficace quanto più portata verso il limite delle prime 48 ore.

Da allora chirurghi di tutto il mondo hanno adottato il metodo dimostrandosene fautori convinti, illustrandone i risultati favorevoli con statistiche eloquenti, spesso di varie centinaia di casi.

Da noi, fra gli altri, Gullotta, Lino, Coniglio, lo hanno impiegato con successo e su larga scala, presentando anche chiari dati statistici. Ragnotti in una relazione sulle embolie, afferma che il metodo è correntemente addottato dalla Scuola di Donati; analogamente Oliani che lo addotta da anni se ne dichiara soddisfatto; Pototschnig fin dal 1928 lo applica e specialmente lo consiglia. « quanto più l'intervento è stato importante, quanto più avanzata è l'età e quanto più grave si presenta il caso ». Egli afferma infatti che una alzata precoce e prudente, « induce il paziente a respirare a pieni polmoni, stimola favorevolmente l'eccitazione cardiaca, assicurando una migliore irrorazione del sistema respiratorio, ed influisce inoltre in modo quanto mai favorevole, anche sulla psiche dell'ammalato ». Altri chirurghi italiani, sia pure in non grande numero, ed in casi limitati, adottano da tempo e con successo il metodo. Nella nostra divisione, da un anno circa noi lo applichiamo regolarmente a tutti gli operati, spinti dall'esperienza del Primario prof. de Gironcoli, che in dieci anni di pratica professionale di chirurgo generico, nella sua clinica privata e negli ospedali di Conegliano Veneto e Treviso, ha avuto modo di ben valutare il metodo addottandolo costantemente su più di 6.000 casi, in operati di interventi i più svariati, addominali ed extraaddominali.

Forti di questa esperienza e dei risultati ottenuti, riteniamo non del tutto inutile ritornare sull'argomento per discuterne il procedimento, esporne i risultati, e vagliarne serenamente i pro ed i contro, convinti che per l'assenza di complicazioni, per i vantaggi che offre, e per la nessuna difficoltà di applicazione, al metodo non possa non arridere una fiducia completa ed una totalitaria diffusione.

* * *

Gli inconvenienti principali che da molti si rimproverano all'alzata precoce, possono essere così riassunti:

1) pericolo di collasso;
2) possibilità di tromboembolie;

3) cedimento delle suture, con successivi sventramenti.

Per il primo pericolo non ci sarà timore di doverlo lamentare, se lasciandoci guidare da un indispensabile buon senso chirurgico, si eviterà di tendere a voler standardizzare il metodo applicandolo indistintamente in tutti i casi, (anche a quelli per i quali si riterrebbe più consigliabile l'immobilizzazione), e lo si riserverà agli ammalati in grado di sopportarlo.

Per quanto si riferisce al pericolo di tromboembolie, anche se il metodo, secondo Ducuing e Ragnotti, non costituisce un rimedio assoluto, ad esso non si può neanche imputare di favorirle; al contrario tutti gli Autori che lo addottano su larga scala, hanno osservato come esso costituisca una ottima profilassi delle trombosi e delle flebiti postoperatorie. Nella nostra statistica, cioè su più di 6.000 operati, mai si ebbe a lamentare anche un solo caso di complicanze di tal genere, anche per le forme in cui esse sono più frequenti (interventi ginecologici e pelvici in genere).

Ricordiamo qui in proposito, che secondo Forgue il momento dell'embolia avrebbe l'optimum negli operati tra la 3ª e la 13ª giornata, per cui l'alzata dovrebbe avvenire in prima o seconda giornata, oppure alla fine della seconda settimana.

Di questo parere sono anche Giordano, Ducuing e Ragnotti, che propendono per la seconda giornata.

Infine circa la possibilità di sventramenti, possibilità che crea un vero terrore nei vecchi chirurghi, noi non l'abbiamo mai avuta a lamentare, nei nostri ammalati che hanno abbandonato presto il letto, pur non usando alcuna tecnica operatoria particolare, o punto speciale. Noi non pratichiamo che una accurata emostasi ed una precisa ricostruzione a strati delle pareti.

Ricordiamo qui ancora che nei nostri interventi laparatomici, noi evitiamo sempre di usare incisioni che non rispettino la struttura muscolare delle pareti e la loro innervazione, ed altresì che noi siamo di avviso che il movimento e lo sforzo cui vengono sottoposti i muscoli delle pareti addominali nel precoce moto dell'ammalato, non vadano ad aumentare lo sforzo sostenuto dai punti di sutura, con conseguente maggiore pericolo di cedimento da parte loro, ma che al contrario li sollevino in buona misura della fatica cui sono sottoposti per lo sforzo e per la spinta dei visceri, poichè la meccanica fisiologica della muscolatura delle pareti addominali insegna che i muscoli contraendosi sotto lo sforzo si avvicinano aumentando la resistenza della parete. È logico così che essi con tale loro meccanismo vengano a diminuire lo sforzo che dovrebbe essere sopportato dalle suture.

I vantaggi principali che noi attribuiamo al metodo sono, nell'ordine:

1) Ottima influenza psichica sull'operato che prova un senso rapido di benessere e non ha più l'impressione di essere malato e sopratutto un malato grave.

L'operazione per il trauma che comporta in sè e per il riassorbimento dei fatti tossici che conseguono, è già una malattia, e poichè in generale ogni individuo malato è un pessimista e tende ad ingrandire il suo male, il farlo alzare lo aiuta a vincere il pessimismo, e la paura, e lo porta ad aver fede in una guarigione rapida, e conseguentemente ad essere più obbiettivo ed a valutare i fatti nella loro giusta realtà.

2) Notevole vantaggio economico per l'operato stesso e per amministrazioni pubbliche e private, per la possibilità di una rapida dimissione degli operati dagli ospedali e soprattutto perchè gli individui vengono restituiti in più breve tempo alla famiglia, alla società ed al lavoro. Infatti quando noi togliamo le suture ai nostri operati, alzatisi in 2ª giornata, essi sono già in condizione di lasciare subito l'ospedale da soli ed in completo benessere, ed abbisognano di un periodo molto breve di convalescenza, (in generale 15 giorni), dopo di che completamente ristabiliti, sono in grado di riprendere le normali occupazioni.

Noi dimettiamo praticamente i nostri operati in 8-9 giornata, anzichè in 14-15 come avviene normalmente tenendoli a letto.

3) Notevole miglioramento della funzione respiratoria, circolatoria e del ricambio in generale, con diminuzione notevole di complicazioni postoperatorie a carico degli apparati della respirazione e del circolo. Noi siamo altresì convinti che il movimento e la ginnastica muscolare (purtroppo nei nostri paesi poco conosciuta od attuata troppo empiricamente) riattivando il circolo e gli scambi nutritizi nei tessuti traumatizzati dall'intervento, agiscano anche come favorevoli fattori per una cicatrizzazione rapida.

Noi noi abbiamo infatti mai dovuto lamentare nei nostri operati, alcuna reazione spiacevole da parte della ferita.

4) Notevole attivazione della peristalsi intestinale con diminuzione del meteorismo, ed enorme facilitazione della minzione spontanea, cosicchè viene ad essere data agli operati la

possibilità di provvedere da soli ai propri bisogni senza ricorrere o quasi, ad aiuti di terzi e sopratutto senza bisogno di cateterismi (sempre poco simpatici e spesso pericolosi) od altri artifici di corsia. Noi permettiamo infatti ai nostri operati di poggiare a terra i piedi, fuori del letto, anche nelle prime 24 ore dopo l'intervento purchè possano mingere spontaneamente qualora essi non riescano ad emettere l'orina, in nessun altro modo. Indistintamente uomini e donne riescono così a superare lo spasmo della vescica ed a mingere da soli, e noi evitiamo di dover ricorrere a cateterismi di sorta.

Il punto fondamentale del metodo sta nel saper essere eclettici, nel saper sceglier bene, per non applicar la regola a tutti i casi senza distinzione. Noi non applichiamo o ritardiamo l'alzata precoce ai laparotomizzati in cui non fu attuata una completa sintesi delle pareti addominali, cioè ai drenati, (pochi invero nella nostra casistica, poichè noi tendiamo sempre, ove sia possibile, anche in molti addomi acuti, a chiudere completamente la parete), agli operati che presentano temperatura elevata con brivido o fenomeni di reazione peritoneale con vomito, ed a tutti coloro che soffrono di gravi disturbi cardiaci o che si presentano in condizioni generali particolarmente gravi. Noi ci rifiutiamo ancora di far alzare direttamente l'operato dal tavolo operatorio e di fargli fare subito dopo esercizi di ginnastica, flessioni, salti, od arrampicate, o di mandarlo a passeggiare in giardino, come vorrebbe il rumeno Campeanu che ha recentemente applicato il metodo a 1.300 suoi operati di vari interventi, anche molto gravi. Noi siamo convinti che ciò non rappresenti alcun vantaggio, mentre può costituire per l'operato un pericoloso trauma che si viene ad aggiungere a quello chirurgico, ed a quello psichico ad esso collegato. Forse in Romania, in un popolo balcanico che ha una sensibilità molto diversa dalla nostra, egli si può permettere questo, e potrà arrivare anche, come ha fatto in qualche caso, ad applicare su larga scala l'appendicectomia ambulatoria.

Riportiamo a proposito due casi dallo stesso citati:

« Due medici addetti al mio ospedale egli scrive, operati di appendicite, non hanno interrotto dopo l'operazione la loro attività che per poche ore e con intermittenza, Uno di essi, subito dopo l'operazione mi ha assistito per un altro intervento e l'altro ha fatto delle visite in città. La loro guarigione è stata sollecita ».

Interessanti sono molti altri casi che egli cita di operati gravi che già al 4 o 5 giorno abbandonano da soli l'ospedale per recarsi in città a pranzare al ristorante o per andarsene definitivamente a casa, per ritornare poi a farsi togliere le suture.

Al riguardo noi affermiamo che per noi ha molto maggior valore pratico l'esperienza di Gullotta a Catania, su 500 malati prevalentemente siciliani o comunque meridionali, con una sensibilità certamente molto diversa e p[...] viva al dolore di quella dei balcanici di Campeanu; ciò affermiamo anche se gli operati di Gullotta non si alzavano che in 4ª giornata.

* * *

Il metodo non necessita di particolari attrezzature; è sufficiente poter disporre di personale serio e di cui ci si possa fidare, che sorvegli un poco gli operati nel giorno della prima levata, che noi attuiamo in interventi di ogni genere addominali ed extra addominali, per regola dal 2° al 4° giorno dopo l'intervento, tendendo a fissarla nella maggior parte dei casi verso la 48ª ora.

L'alzata precoce non è per noi controindicata in interventi complessi, purchè lo permettano le condizioni generali dell'individuo. Quanto all'età, d'accordo con molti Autori, siamo dell'avviso che spesso più che una controindicazione essa sia una indicazione precisa, specie sopra i 65 anni ed in presenza di condizioni generali non buone per qualche malattia cardiaca senile (Laplace, Nicholson). Contrariamente poi a quanto pensano altri Autori (Pettinari), non poniamo come condizione assoluta il consenso del Paziente ad abbandonare il letto e spesso anzi l'operato fu da noi convinto o forzato, se restio, ad alzarsi, dopo un accurato esame ed una attenta valutazione clinica delle sue condizioni generali.

Noi affermiamo che tale alzata forzata non fu in nessun caso causa di spiacevoli danni, ma che manifestò al contrario sempre un benefico influsso sulla psiche dell'operato. In ogni caso, esso, dopo un periodo di titubanza iniziale, finiva per convincersi che non gli veniva chiesto alcunchè di impossibile ed accettava di buon grado il trattamento, ritraendone beneficio, e riacquistando la fiducia nei propri mezzi, inizialmente scossa.

Nello scegliere gli ammalati poniamo, come abbiamo detto, particolare attenzione alle condizioni dell'apparato circolatorio, alla pressio-

ne sanguigna, ai varicosi con fatti tromboflebitici in atto, ai denutriti, ai deboli, ai cachettici per neoplasie maligne, ed a questi controindichiamo il metodo, o lo applichiamo con lieve ritardo.

* * *

Facciamo di solito praticare l'alzata precoce con questa regola:

Il primo giorno, cioè il secondo dopo l'intervento, il malato da solo od aiutato da un infermiere viene messo in sedia per mezz'ora-un'ora, e fa magari uno o due passi se si sente di farli.

Il secondo giorno il malato sta alzato per qualche ora alternando alcuni passi a lunghe soste in sedia.

Il terzo giorno il malato cammina e passeggia liberamente, è euforico, si sente forte, e l'alzata si protrae di solito per qualche ora e si ripete nella giornata. Appena avverta l'insorgere un po' di stanchezza egli si deve rimettere a letto.

In questo modo l'operato sta bene, ha l'impressione di essere operato da molti giorni e si sente convalescente, provvede da solo alla propria toeletta ed ai proprii bisogni, è euforico, ed alla notte riposa tranquillamente con immenso vantaggio per l'organismo.

Tolte le suture in 7ª od 8ª giornata, egli potrà venire dimesso lo stesso giorno od il seguente, con anticipo di 5 o 6 giorni almeno su di un operato di pari gravità e tenuto a letto, ed avrà bisogno di un periodo di convalescenza di metà durata di quest'ultimo.

Citiamo al riguardo un esempio chiaro nel nostro ospedale, quello di un collega di divisione, che operato di appendicectomia, nonostante un lieve collasso avuto poche ore dopo l'intervento, in seconda giornata si alzava, ed in terza giornata abbandonava la stanza e senza sforzo od aiuto alcuno si recava al telefono lontano più di un centinaio di passi per informare il chirurgo che lo aveva operato, (assente per improvvisa malattia) del suo favorevole decorso post-operatorio.

Lo stesso collega in 6ª giornata veniva dimesso dall'Ospedale e riprendeva la vita normale, uscendo in città nonostante la neve caduta, e recandosi inoltre il giorno dopo per affari personali, in automobile a Padova, da dove ritornava lo stesso giorno guidando così egli stesso senza risentirne disagio alcuno, per più di 100 chilometri.

Conclusione.

Concludendo è cosa certa che il metodo dell'alzata precoce degli operati, deve considerarsi ormai uscito dalla fase sperimentale, e che applicato con il discernimento e con lo spirito clinico necessario è degno della massima diffusione. Noi crediamo che come è successo a noi, di sicuro non lo abbandonerà più ma ne diverrà al contrario fautore convinto, chi, lontano da ogni esagerazione, senza volerne fare un dogma e senza attenderne miracoli, obbiettivamente lo applicherà con accuratezza e con larghezza di vedute.

Così inteso ed applicato esso segna un progresso reale della chirurgia moderna, ed è per questo che abbiamo pensato meritasse soffermarci su di esso per meglio conoscerlo e per sempre più diffonderlo.

RIASSUNTO.

Fatte alcune considerazioni generali sulla lunga degenza a letto degli operati, e fatta la storia del metodo, in base ad una esperienza di oltre 6.000 interventi addominali ed extra-addominali, l'A. discute e critica le indicazioni e le controindicazioni dell'alzata precoce degli operati.

Dimostra come applicato con giusto criterio clinico, il metodo costituisca un reale progresso nel trattamento post-operatorio e meriti, per i non trascurabili vantaggi che offre, di essere meglio conosciuto e diffuso.

BIBLIOGRAFIA.

Bobbio L. Prima e dopo l'operazione chirurgica. Utet. 1937.

Campeanu L. Archivio Italiano di Chir., n. 51, 1938.

Cecchini N. Boll. Poliambulanza Ronzoni 1937.

Chalier. Progrés Méd. 1929. Accad. de Méd. 1930. L'Av. Méd. 1932. Lyon Chir. 1929, 1930, 1933 e 1934. Soc. de Chir. de Lyon 1932.

Charbonier. Lyon Chir. 1934. Revue Méd. Suisse 1935 n. 55.

Coniglio G. Rivista San. Siciliana 1935.

Dell'Oro e Carones. Boll. Soc. Méd. Rosario 1934.

Ducuing e Guilhelm P. Journal Méd. Franç., 23, 1934.

Folliasson. Boll et Mem. Soc. de Chir. Paris 1933 luglio.

Forgue E. Comp. di Patologia Chirurgica. Milano 1929.

Fromme. Zeit. f. Gynec. 1909, n. 21.

Getota e Budescu. Boll. Soc. Chir. Bucarest, 1927 n. 1.

Gullotta. Minerva Medica, 10, 1935.

Laplace L. B. e Nicholson J. T. Il Policlinico n. 39, 1938; Journal Amer. Med. Assoc., gennaio 1938.

LINO G. Ann. Ital. di Chirurgia, 10, 1934
LUCIANI. *Trattato di Fisiologia Umana.*
PASCHOUD. Kongr. D. Deutsch. Gesell. Chir. 1935. Atti e Memorie Soc. Lomb. Chir. 1934; Schweiz Med. Woch., 1935, n. 65.
PETTINARI V. La Clinica Chirurgica, n. 7, 1937.
PFANNESTIEL. Zeit f. Gynek., n. 32, 1908.
POTOTSCHNIG G. Archivio Italiano di Chirurgia, n. 21, 1928.
RAGNOTTI. Relaz. al Congresso Soc. Ital. di Chir. 1935.
RICCIARDELLI e GHIRON. La Clinica Chirurgica, 12, 1933.
SMITH P. Paris Médical, 29, 1934; Minerva Medica 51, 1934.
TORRACA e FASIANI. Relazione al Congr. Soc. Ital. di Chir. 1927.
VAÏSSE. Thèse de Lyon, 1919.

SUNTI E RASSEGNE

INFEZIONI.

Infezioni focali e malattie sistematiche.

(H. A. REIMANN e W. P. HAVENS. *Journal Am. Medic. Assoc.*, 6 gennaio 1940).

I rapporti tra infezioni focali e malattie sistematiche si va sempre più precisando. L'origine di molte malattie tossiche o metastatiche può essere riportata a infezioni primitive locali o focolai (artrite gonococcica e gonorrea, setticemie e foruncoli, tetano e ferite infette, ecc.). Analogamente vi sono rapporti tra alcune affezioni generali o sistematiche la cui origine sembra ignota, ed infezioni dei denti, delle tonsille, dei seni, dell'appendice, della cistifellea, ecc.

Sì fatta teoria si sviluppò rapidamente portando, come suole avvenire in ogni innovazione nel campo della medicina, ad esagerazioni perfino dannose. Oggi si ricorre con troppa facilità ad asportazione di denti e di tonsille, che all'atto pratico possono riuscire per lo meno inutili.

Sta di fatto che i concetti fondamentali delle infezioni focali sono tal volta travisati. Per quel che riguarda i denti Hunter, che fu il primo nel 1910 ad annunciare la dottrina dei foci infetti, precisò bene quali fossero i fatti a carico di dette parti che possono provocare malattie generali o metastatiche.

Le circostanze che fanno attribuire ad infezioni dei denti molte malattie sistematiche sono le seguenti: *a)* risultati spesso positivi di esami batteriologici dei denti; *b)* reperti dei radiogrammi dei denti; *c)* riproduzione di malattie dello stesso genere mediante inoculazione negli animali; *d)* guarigione frequente della malattia sistematica in seguito all'estrazione del detto infetto.

Ora non sempre queste circostanze hanno un effettivo valore per stabilire il rapporto più presunto che reale per le seguenti ragioni:

a) L'esame batteriologico del dente estratto non sempre è probativo perchè è difficile evitare la contaminazione durante l'estrazione. Burket riscontrò batteri nel 43 % di denti clinicamente sani e còn un'alta percentuale di streptococcus viridans in cultura pura o con altri batteri. Tunnicliff e Hammond trovarono che molti denti con superficie sterile avevano nella polpa lo streptococco viridans.

b) L'esame radiologico non sempre dà reperti sicuri; talvolta si attribuisce ad ascesso periapicale un reperto molto comune di rarefazione intorno alla radice che non ha nessun significato patologico.

c) Le inoculazioni agli animali hanno dimostrato non provata la specificità dei batteri isolati dai denti.

d) L'estrazione di denti supposti foci d'infezione non sempre produce i vantati effetti benefici sulla malattia sistematica. Molte guarigioni sono transitorie e possono essere attribuite ad influenze psichiche o a reazioni simili a choc.

Broderick ha osservato pazienti di artrite da altre forme allergiche nei quali l'asportazione di tutti i denti non aveva apportato alcun vantaggio. Leiter ha trovato che l'asserita relazione tra foci dentari e nefrite è inesistente. Analoghe constatazioni sono state fatte da Levine per le cardiopatie reumatiche, da Pamberton per le artriti e da molti oculisti per l'irite.

Per altro l'estrazione dei denti non è scevra di pericoli. La mobilizzazione e l'esaltazione della virulenza dei germi prodotte dal trauma possono essere causa di affezioni sistematiche. Sono stati registrati casi di ascesso pulmonare.

Le malattie per le quali viene comunemente praticata la tonsillectomia sono le tonsilliti croniche e recidivanti, il reumatismo articolare acuto, l'artrite reumatoide, il raffreddore, l'endocardite batterica subacuta, la nefrite. Ma in effetti la lista delle malattie per le quali è stata finora consigliata è molto più lunga: dolori reumatici, mialgie, neuriti, malattie infiammatorie degli occhi, sinusiti, cardiopatie, ipertensione, arteriosclerosi, ulcera peptica, praticamente tutte quelle malattie la cui origine ci è ignota.

Generalmente si ritiene che le tonsille siano infette e quindi costituiscano foci infettanti quando sono grosse, cicatriziali, piccole, ricoperte da materiale caseoso o quando si riesce a prelevare dalla loro superficie materiale capace di dare culture di varie forme di streptococchi. Sta di fatto che anche in individui sani è comunissimo il reperto di tonsille ipertrofiche o iperplasiche nei giovani, di tonsille cicatriziali e atrofiche negli adulti, e che la presenza di streptococchi è piuttosto banale. Pertanto la tonsillectomia in tali condizioni non appare giustificata.

Sembra invece provato che l'asportazione delle tonsille negli individui da tonsilliti acute o da ascessi peritonsillari recidivanti non solo eviti il ripetersi del male locale ma diminuisca le probabilità del manifestarsi o del ripetersi di attacchi di poliartrite acuta, di nefrite e di altre affezioni.

I rapporti tra tonsillite acuta da streptococco emolitico e reumatismo poliarticolare acute non sono ancora così definiti come generalmente si pretende. Si è affermato che in più del 25 % e perfino nel 90 % dei casi il reumatismo articolare acuto, o le sue recidive, è preceduto da infezioni acute delle tonsille o delle vie aeree superiori. Ma Hunt e Osman nel 1923 e successivamente altri autori trovarono che il numero delle recidive del reumatismo acuto rimane invariato malgrado le tonsillectomie. Kaiser e Ash non riuscirono a constatare una notevole riduzione dell'infezione iniziale, delle recidive e dei postumi cardiaci nei ragazzi tonsillectomizzati. E qualcuno ha anche sostenuto che l'enucleazione totale o parziale delle tonsille aumenta la suscettibilità dei ragazzi al reumatismo articolare acuto.

L'esperienza di parecchi anni ha d'altra parte dimostrato che è molto dubbia l'azione delle tonsillectomie, come delle asportazioni di denti, sull'artrite reumatoide, sia allo scopo di prevenirla che di migliorarne il decorso. Molti minimizzano e parecchi escludono del tutto l'influenza di foci infetti nella produzione di detta malattia.

Kaiser da uno studio fatto su migliaia di ragazzi ha tratto la conclusione che la tonsillectomia non riduce e può anche aumentare la frequenza dei raffreddori, delle otiti medie, dello bronchiti e delle pulmoniti e che non produce alcun miglioramento di alcune condizioni come la tendenza al raffreddore, alla laringite, all'epistassi, alla cefalea, agli attacchi febbrili.

Cunningham in uno studio eseguilto su 14.000 studenti trovò che nei soggetti con tonsille normali il numero delle lesioni mitraliche era minore che negli individui con tonsille patologiche o mancanti. Nel gruppo senza tonsille la frequenza di tutte le malattie era più alta che nel gruppo con tonsille sane o malate, ma ciò può dimostrare solo che gli individui con maggior numero di malattie sono più facilmente sottoposti alla tonsillectomia. Poca o nessuna differenza nella frequenza del morbillo, della parotite, della scarlattina, della difterite, della varicella, della pertosse, del reumatismo, della pulmonite, della pleurite negli individui con tonsille sane o malate. Analoghe constatazioni sono state fatte in Inghilterra su 30.000 scolari ed in altre comunità di bambini.

Va tenuto infine presente che la tonsillectomia non è un'operazione senza pericoli. A parte i danni ed anche le morti provocate dall'anestesia, è stata notata la frequenza di ascessi pulmonari in seguito ad interventi sulle tonsille e nella cavità orale. Inoltre la tonsillectomia provoca non di rado forme batteriemiche. A seguito della stessa operazione sono stati constatati casi di endocardite batterica subacuta, di poliomielite e di numerose altre affezioni.

Allo stato dei fatti la rimozione di una infezione locale, e specialmente con sede nelle tonsille o nei denti, nella speranza di influenzare affezioni generali o localizzate a distanza deve essere considerata ancora come un tentativo non scevro di pericoli.

DR.

L'ultravirus tubercolare come agente determinante della cirrosi atrofica.

(A. MARCANTONIO. *Pathologica*, vol. XXXI, 1939).

L'A. fa notare anzitutto che l'etiologia della cirrosi atrofica, così come si legge nei trattati classici di patologia, può essere considerata oggi come distrutta dalla critica e dai risultati sperimentali. Non potendosi più considerare l'alcool, e con esso anche gli altri diversi tossici incriminati, ivi compresi quelli di origine endogena, come cause efficienti, ed escludendo da questa malattia le diverse forme morbose che portano abusivamente il nome di cirrosi, bisogna necessariamente concludere che la causa diretta della cirrosi di Laennec non è ancora conosciuta. Tutto ciò che si può dire a questo proposito è che essa si manifesta su un terreno costituzionalmente predisposto per opera di un agente finora sconosciuto la cui attività patogena è favorita da tutti i fattori che diminuiscono la resistenza organica del fegato, l'alcool in prima linea.

Non si potrà dunque ricostituire su una base solida l'etiologia della cirrosi volgare che quando si sarà identificato questo agente patogeno sconosciuto, il quale, date le moderne vedute sull'etiologia di altre malattie croniche come la corea, la sclerosi a placche, il reumatismo articolare, ecc., potrebbe benissimo essere di natura microbica.

L'A., dopo aver ricordato che tra tutti gli animali di laboratorio soltanto la cavia ed il topo non sono soggetti a proliferazione spontanea del connettivo epatico, riferisce un reperto di cirrosi atrofica che si è manifestato in una cavia alla quale erano stati iniettati, ad intervalli di 4 giorni, progressivamente 4, 5, 10 e poi 15 cc. di filtrato di sangue di coniglio affetto da tubercolosi miliare acuta sperimentale ricco, come è noto, di elementi tubercolari filtrabili. Il fegato presentava una superficie irregolare ed il suo volume era di-

minuito mentre la consistenza era aumentata. L'esame istologico ha mostrato una distruzione più o meno completa delle cellule epatiche ed una considerevole iperplasia del connettivo portale. Questo connettivo circondava, in forma anulare, gli acini epatici insinuandosi talvolta nell'interno di essi; alcuni acini risultavano quasi completamente invasi sicchè era impossibile rintracciare la vena centrale. Si era dunque formata, come si vede, una tipica cirrosi di Laennec. Il fatto che gli elementi filtrabili suddetti hanno esercitato la loro azione patogena nell'organismo della cavia è dimostrato dalla presenza nella milza di granulomi specifici dell'ultravirus tubercolare, che sono stati osservati per la prima volta dall'A. e da lui identificati come tubercoli rudimentali senza bacilli e senza cellule giganti, come risulta dalla precedente pubblicazione apparsa nella « Revue de la tuberculose », Paris, avril 1935.

L'A., nel lavoro « in extenso », spiega le ragioni per le quali non si sono finora manifestati altri reperti di cirrosi nelle cavie infettate con ultravirus. Egli mette in rilievo la stretta parentela che esiste tra la cirrosi volgare e la tubercolosi e dimostra che l'ipotesi di considerare l'ultravirus tubercolare come agente determinante della cirrosi di Laennec, getta una luce nuova su molti punti relativi a questa malattia, rimasti finora oscuri, come: l'anamnesi muta di alcuni malati in cui, malgrado le più attente ricerche, non si riesce a trovare il minimo fattore etiologico ; si spiega così anche la rarità delle cirrosi volgari nei bambini, l'incontestabile diminuzione dei casi di cirrosi negli ultimi anni, la genesi controversa del concomitante tumore di milza, le alterazioni satelliti della cirrosi osservabili nel pancreas e in altri organi, la ragione per cui i cirrotici contraggono spesso la tubercolosi che talvolta li conduce a morte, e l'evoluzione progressiva di questa cirrosi, in confronto a quella della cirrosi ipertrofica; l'ultravirus tubercolare considerato come causa efficiente spiega infine gli insuccessi continui della patologia sperimentale negli ultimi 80 anni, quando si è cercato di riprodurre la cirrosi di Laennec mediante la somministrazione dei più diversi tossici, soprattutto l'alcool. Tenuto conto del terreno costituzionale e dato all'alcool e agli altri tossici il loro giusto valore, come cause predisponenti, l'etiologia della cirrosi atrofica così come era intesa fino ad oggi ne risulta profondamente trasformata. Si deve quindi ricercare in tutti i casi di questa malattia, e sopratutto in quelli in cui l'anamnesi è muta, la presenza di elementi filtrabili nel sangue, nel liquido cefalo-rachidiano e nel liquido ascitico, facendo anche l'intradermoreazione alla Mantoux o meglio l'urinoreazione alla Vildboltz.

F. TOSTI.

DERMATOLOGIA.

Le nostre conoscenze attuali sull'eczema del poppante.

(M. LUST. *Le Scapel*, 9 marzo 1939).

Si riunivano un tempo sotto il nome di eczema del poppante numerose affezioni cutanee che si manifestano nei primi mesi di vita. Si ammette ora che il termine di eczema, o meglio di « eczematizzazione della pelle » va riserbato ad una reazione allergica, caratterizzata dalla spongiosi; trattasi, cioè, di uno stato morfologico, una reazione cutanea a degli allergeni, la quale consiste in un'infiltrazione del plasma fra le cellule del corpo mucoso di Malpighi. Tale infiltrazione si raccoglie per formare delle vescicole, che talora non sono nemmeno apparenti.

L'eczema non è, dunque, una malattia, ma una reazione speciale della pelle (eczematizzazione), che può essere dovuta all'azione di sostanze diverse, di microbi od indicare uno stato patologico costituzionale, di cui ci sfugge la natura. Ma, mentre nell'adulto, tale reazione cutanea resta più o meno localizzata, nel poppante compaiono talora in piena pelle sana delle placche eritemato-squamose, a cui si danno nomi diversi: eczema secco, eczematide, paracheratosi, ecc. In certi casi, la lesione primitiva (p. es., eritema eczematizzato delle natiche) scompare e non si vedono che le dette placche eritemato-squamose agli arti ed al cuoio capelluto.

Purtroppo, nella terapia, senza ricercare la causa di questa eczematizzazione della pelle, per desensibilizzazione il bambino, lo si sottopone a dei regimi carenzati, che portano ad avitaminosi fruste o complete.

La crosta lattea e le concrezioni sebacee. In alcuni bambini, dal II al VI mese, le ghiandole sebacee del cuoio capelluto e dei sopraccigli secernono abbondantemente un prodotto grasso, che si accumula, agglomera dei prodotti epiteliali e della polvere, si attacca ai peli e forma delle croste, che possono formare un vero casco: la crosta lattea, che a detta delle comari ci si deve guardar bene dal toccare e che esse pretendono trattare con dei regimi squilibrati e carenzati.

Ora, se non si aspetta che si siano sviluppate delle lesioni cutanee sotto la crosta, una volta levata questa, si vede la pelle normale. Il miglior sistema per farla cadere è, secondo l'A. quello di applicare la sera un'emulsione fatta con un rosso d'uovo in olio vegetale; al di sopra, si applica un cataplasma di fecola di patate, fatto a caldo, ma messo a freddo; al mattino si fa poi una saponata (il potere irritante del sapone viene ridotto al minimo perchè l'eccesso di alcali è neutralizzato con la saponificazione dell'olio). Con 2-3 applicazioni, la crosta scompare.

È evidente che, quando le croste sono abbondanti, estese e durano a lungo, si producono delle reazioni cutanee; la pelle del bambino reagisce con l'eczema, che si infetta o non, e che va curato con i trattamenti esterni classici, mentre è del tutto inutile o dannoso il voler modificare il regime se l'accrescimento di peso è normale.

Le dermatosi microbiche che provocano l'eczematizzazione della pelle. Per cause che ci sono ignote, il poppante si sensibilizza facilmente sotto l'effetto di certi microbi e reagisce con l'eczematizzazione. Tali reazioni cutanee (di cui la natura allergica è dimostrata dalle intradermoreazioni) sono state per lungo tempo confuse con altre affezioni cutanee.

1) *La dermite enterococcica.* Si osserva specialmente in poppanti sotto i 5 mesi; è caratterizzata da disturbi digestivi (feci dispeptiche, diarrea o costipazione) non sempre evidenti e da una dermo-epidermite che si eczematizza; intradermo-reazione positiva per l'enterococco. La lesione cutanea si inizia sempre alle natiche, diffondendosi dapprima alle regioni vicine e poi alle pieghe, agli arti ed al cuoio capelluto (con squame grasse che formano crosta); la lesione delle natiche può attenuarsi ed aversi soltanto le altre. Le lesioni cutanee possono infettarsi e dare della piodermite. Nelle squame cutanee e nelle feci, si trova l'enterococco in coltura quasi pura.

Per la terapia, si cercherà dapprima di modificare il pH intestinale con un regime adatto, specialmente con l'uso del latticello e di diminuire l'ipersensibilità alle tossine microbiche con vaccini (auto- o stock-vaccini) di enterococco; spesso, bastano questi per influire benevolmente anche sullo stato digestivo.

2) *La dermatite streptococcica,* chiamata dai dermatologi anche eritema intertriginoso delle pieghe. Si tratta di poppanti apparentemente sani, con pannicolo adiposo sviluppato, in cui l'eritema-intertrigo può infettarsi od eczematizzarsi, con formazione di focolai secondari che possono invadere tutta la cute. Questa dermite è generalmente di origine streptococcica. Trattandosi di bambini grassi, si deve dapprima vedere se non sta in causa una sovralimentazione. Terapia locale con acqua di Alibour e pomata all'ossido di mercurio.

3) *Dermatite stafilococcica,* contro cui il poppante si difende male; si possono avere come conseguenze: *a*) gli ascessi multipli della pelle (iniezioni di anatossina); *b*) il pemfigo bolloso, molto contagioso e temibile nelle maternità ed asili di poppanti; *c*) la dermatite esfoliativa, caratterizzata da una vera epidermolisi, che è una forma grave ed iperacuta del pemfigo, spesso mortale.

4) *L'eczema costituzionale,* è un'affezione frequente nel poppante, di cui ci sfugge la causa. Si manifesta dal II al IX mese e guarisce spontaneamente prima dei due anni. L'eruzione si inizia alla faccia, sulle guance e non mai alle pieghe od alle natiche; tende a generalizzarsi (orecchie, fronte, arti), ma resta sempre più marcata al viso. L'affezione è caratterizzata, nella maggior parte dei casi, da prurito intenso; in sèguito al grattamento, le lesioni cutanee possono poi infettarsi. Per quanto sia ammessa generalmente l'origine allergica di questo eczema, non esiste nessuna prova di allergia dermica per questi bambini. Una certa importanza l'avrebbe il fattore ereditario.

Come complicazioni, possono aversi delle piodermiti (strepto- o stafilo-cocciche), delle crisi di asma ed anche la morte improvvisa, che si ha talora entro 48 ore dal ricovero ospedaliero e che sarebbe da attribuirsi a « shock » anafilattico.

Per quanto riguarda la terapia, si deve tener presente che essendo ignoto l'allergene che provoca l'eczema costituzionale, non riesce possibile sopprimerlo. La terapia deve quindi essere indiretta. Il cambiamento di clima, alle volte, è utile almeno temporaneamente. Inutile è il cambiamento del regime, poichè questo eczema non è di origine alimentare.

Per la desensibilizzazione aspecifica, sono state proposte le iniezioni di latte e l'auto- o l'emo-terapia, che possono però entrambe determinare degli stati di « shock » pericolosi. L'A. ha trovato utile, in molti casi, l'uso di vaccino enterococcico.

Contro il prurito, si ha un notevole miglioramento con le iniezioni di estratto di milza dealbuminizzato. Localmente, evitare le medicazioni occlusive o l'attacco di grandi superfici, che possono determinare degli « shock » mortali. L'ospedalizzazione è generalmente sconsigliata, ma può farsi se si dispone di stanze d'isolamento e si applica un trattamento locale molto prudente. *fil.*

Le cure alla pelle normale.

(H. FUHS. *Wiener klin. Wschr*, 1° dicembre 1939).

La cosmetica medica, che costituiva un tempo un breve capitolo della terapia dermatologica, è ora una branca importante che riunisce dermatologi e chirurghi. L'A., che è il direttore della Clinica dermosifilopatica di Vienna, osserva anzitutto che il dermatologo, oltre che a dare i consigli per la pelle malata, deve dare quelli per mantenere in buono stato tale organo che è di tanta importanza per tutto l'organismo.

Come per la terapia generale, anche per le cure da portare alla pelle l'acqua tiene il primo posto. Essa agisce anzitutto ripulendo, con l'allontanamento di ogni sorta di sudiciume depostovi e delle secrezioni (sebo, sudore) e con un'azione di rammollimento e rigonfiamento. Essa porta inoltre gli stimoli di caldo e di freddo, influenzando così i processi cir-

colatori e permette anche di portare sulla pelle varie sostanze medicamentose. L'acqua viene applicata per mezzo di bagni, docce e lavature.

Si deve tener presente che l'acqua non è affatto un mezzo indifferente. L'acqua fredda, tanto più per il suo contenuto in sali di calce e magnesia rende la pelle secca e ruvida ed è particolarmente dannosa per una pelle che sia di per sè povera di grasso. Ciò vale soprattutto per i bagni troppo frequenti e lunghi; meglio che la solita acqua dura. vale per il bagno freddo fino a 32° l'acqua di fiume o di pioggia. Non si può negare che l'acqua fredda sia utile perchè abitua alle oscillazioni di temperatura e se ne ha quindi un rafforzamento dell'organismo, ma è un fatto che con essa la pelle diventa scarsa di grasso e come tannificata. In generale, il bagno va fatto a 37°-42°; ma anche così, esso non va prolungato molto, perchè ne conseguono un indebolimento, una durevole dilatazione vasale e la diminuzione di resistenza contro le influenze atmosferiche. A parte questo, i bagni caldi costituiscono un modo eccellente di pulire la pelle e di stimolarne il ricambio e sono, per ciò, una forma raccomandabile di cura della pelle. Una utile combinazione degli stimoli di caldo e di freddo si ha con i bagni brevi freddi con quelli più lunghi in aria calda o vapore; specialmente questi ultimi, con la dilatazione dei vasi cutanei favoriscono la sanguificazione ed il buon mantenimento della pelle.

Coadiuvano meccanicamente le manovre di pulizia le spugne naturali, che ogni tanto vanno bollite in soluzione di soda, oppure pulite con soluzione di acido citrico, od i guanti da lavatura. Si usano anche le spugne in gomma, alle quali anzi l'A. dà la preferenza.

Lievi stimolanti sono le aggiunte all'acqua del bagno di decotti di camomilla, foglie di malva, borace, crusca di frumento o farina di mandorle od anche di latte. La crusca viene tenuta in sacchetti che si immergono nell'acqua del bagno. Anche i bagni aromatizzati specialmente con estratti di aghi di pino od abete agiscono da lievi stimolanti.

Le docce rappresentano una forma più mite dell'uso cosmetico dell'acqua; con un'adatta alternanza di acqua calda e fredda, si può ottenere anche l'effetto tonificante.

Le lavature locali si fanno al viso, collo, mani e piedi. Per un viso con pelle nè troppo grassa, nè troppo secca, conviene l'uso di acqua calda, seguìto da abluzioni con quella fredda. Molto utile per l'allontanamento di sudiciume fuligginoso dal viso è il bagno di vapore, che si fa rimanendo per 5 minuti sul vapore di una pentola bollente, ricoprendo il capo con un panno.

Se la pelle non è troppo sensibile, all'azione dell'acqua si unirà quella del sapone; il tipo più adatto è quello ipergrasso, preparato con ottimi materiali e totalmente privo di alcali libero. Lo si allontana, poi, con abbondante acqua e, per restringere i pori cutanei troppo allargati, si fanno seguire delle toccature con spirito salicilico o succo di limone e poi delle fregagioni; l'esporsi poi troppo presto all'aria libera con la pelle ancora umida rende questa ruvida e screpolata.

Non sempre, specialmente per la pelle del viso, viene tollerato il sapone ed anche l'acqua stessa che possono determinare arrossamento, desquamazione e persino degli eczemi. In tali casi, la pulizia si fa con toccamenti con alcool diluito, in forma di spirito salicilico al 1/2 %, acquavite di Francia od acqua di Colonia leggera. Per impedire un soverchio disseccamento della pelle consecutivo a tale applicazione, si userà un grasso, che verrà anche adoperato per la pulizia di pelli eccessivamente delicate. Possono servire l'olio di olivo o di mandorle, il burro di cacao, la lanolina, di cui si imbeve del cotone, facendo poi delle strofinazioni ed esercitando così un lieve massaggio assai utile.

Per le pelli estremamente sensibili, è consigliabile alla sera la pulizia con i grassi accennati a cui si possono aggiungere delle creme a base di spermaceti, di cera o di olio di vaselina e, durante la giornata, una crema a base di stearina e di carbonato di sodio. Per proteggere la pelle contro gli agenti meteorici (freddo, vento umido) può valere una crema grassa a base di lanolina o *cold-cream*; contro i raggi solari ed ultravioletti si applica un grosso strato di qualche unguento grasso. Non bisogna però dimenticare che è assai utile per il rafforzamento esporre la pelle all'aria libera, eventualmente accompagnando l'azione di questa con massaggi ed esercizi ginnastici. Utili — purchè applicati in modo ragionevole — i bagni di sole, che favoriscono anche le forze di difesa della cute.

Una particolare cautela esige il mal costume delle ciprie. Una pelle normale non ne ha bisogno; viceversa, esse con il lungo uso finiscono per dare alla pelle un cattivo colorito perchè la disseccano ostruendo gli sbocchi delle ghiandole sebacee; esse, inoltre, costituiscono un buon terreno di coltura per i germi. Tutt'al più, al solo scopo di assorbire l'eccessiva secrezione sudorale e sebacea, si potranno usare delle polveri minerali, non profumate, a base di talco e di ossido di zinco.

Utile può essere il massaggio per dare ad una pelle appassita una certa tonicità; esso provoca una dilatazione dei vasi del corion, aumento di liquido nell'epidermide e nel sottocutaneo, forte riempimento degli spazi intercellulari e maggiore elasticità dei fasci connettivali. Ma bisogna guardarsi dal credere alle affermazioni reclamistiche che, col massaggio possano scomparire le rughe e gli insulti dell'età e che un effetto analogo si abbia

con delle cure cutanee a base di ormoni. Il medico può spesso ridare la salute a dei malati, ma non mai rendere giovani dei vecchi.

Ma, anche entro i limiti concessi, il massaggio del viso va compiuto con una certa cautela, altrimenti, con il rafforzamento della muscolatura sottostante, si finisce col dare al viso un'espressione dura. Evitare tutti gli strumenti proposti allo scopo, nonchè i metodi delle vibrazioni e del picchiettamento ed usare soltanto le estremità delle dita, ben pulite ed unte con un grasso mite e non profumato; eseguire il massaggio, preferibilmente dopo un breve bagno a vapore, con movimenti di ripetuti strofinii e di leggeri impastamenti nella direzione delle rughe; asportare poi con un pannolino l'eventuale crema rimasta.

CAPELLI ED UNGHIE.

Per quanto riguarda la pulizia dei capelli, nell'uomo con capillizio grasso, la si farà una volta la settimana; nella donna e con la cute secca, ogni 3-4 settimane. Per tale bisogna, si userà dell'acqua calda ed un sapone mite, ipergrassato, neutro; per i capelli biondi, la si farà con un decotto di camomilla. Sconsigliabili sono i « shampoing » come pure i saponi al catrame, la soluzione alcoolica di sapone, le specialità del tipo « Pixavon », tutti mezzi che, per l'alto contenuto in alcali, rendono i capelli ruvidi e fragili. Si risciacquerà poi la testa con acqua tiepida asciugandola con panni scaldati e restando esposti all'aria libera della stanza. In generale è poco consigliabile l'asciugarlo con « Föhn », che rende fragili i capelli. Nel caso di pelle molto secca, dopo la lavatura si farà seguire l'applicazione di olio all'acido salicilico od una delle tante brillantine a base di alcool ed olio di ricino.

Per la pettinatura, vanno esclusi i pettini di gomma indurita con denti troppo puntuti e troppo vicini; niente da obbiettare, invece, per le spazzole dure. Pettini e spazzole vanno ogni tanto puliti con soluzione di sale ammoniaco (un cucchiaio in un litro di acqua) ed acqua saponata.

Nulla da obbiettare ad un buon massaggio, ma invece da sconsigliare sono i copricapo pesanti che non lasciano passar bene l'aria, le arricciature a caldo troppo frequenti e forti, nonchè i posticci. Le regole igieniche generali, l'attività sportiva, l'abbondante moto, la ginnastica da camera favoriscono la buona igiene dei capelli.

Unghie. Lavatura più volte al giorno con acqua, sapone e spazzolino duro; pulitura del margine ungueale con nettaunghie in legno od osso. Taglio, di tanto in tanto, in modo che l'unghia non oltrepassi, o solo di poco, il polpastrello. La pelle in corrispondenza della radice ungueale, dopo rammollimento ottenuto tenendo per qualche minuto le dita in acqua calda con sapone o soda, viene spostata in basso ed ai lati, con la parte ottusa del nettaunghie, eventualmente tagliandone la parte eccessiva. Per la brillatura delle unghie, si consiglia l'ossido di stagno ed, un paio di volte al giorno, l'ingrassamento con una crema di lanolina. Tale procedimento, che pure può avere degli effetti dannosi rendendo l'unghia fragile se lo sfregamento con il « lucidatore » è troppo energico, è ormai sorpassato con i nuovi sistemi di tintura a base di celluloide, degni di popoli primitivi e selvaggi, di cui però l'A. non parla e dannosi perchè rendono l'unghia impermeabile all'aria.

Della massima importanza per l'intero organismo è una buona igiene della cute, la quale serve come protezione, come regolatore dei processi di respirazione e del calorico e come organo del ricambio. Le attuali nozioni circa l'influenza dei processi cutanei su tutto l'organismo fanno apprezzare maggiormente la grande utilità dei mezzi adatti — aria, luce, acqua — per mantenere una « cutis sana in corpore sano ». *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

HEGLER C. *Praktikum der wichtigsten Infektionskrankheiten.* II edizione. Un vol. in-8° di 186 pagg., cartonato. G. Thieme, Leipzig, 1939. Prezzo RM. 4,80 (il 25 % di sconto per l'estero).

Il libro che il prof. Hegler, direttore dell'ospedale generale S. Giorgio di Amburgo, ci presenta è tutto rampollato dall'esperienza personale dell'A. sia negli ospedali civili, come in quella balcanica ed in quella mondiale. La maravigliosa esperienza della nostra guerra abissina ha poi mostrato al mondo come, nelle più sfavorevoli condizioni di ambiente, in stato di guerra, si possa provvedere alla profilassi e terapia delle malattie infettive, in modo da tenere la mortalità in limiti che un tempo era follia sperare. Di questo l'A. (ce lo dice nella prefazione) ha tenuto conto nella trattazione dell'argomento.

Un buon capitolo introduttivo si occupa dei concetti generali delle malattie infettive, della loro diagnosi, terapia e profilassi. Segue la trattazione delle singole malattie (fra cui sono comprese anche le stomatiti e le angine) fatta in modo chiaro e pratico. Il libro è consigliabile anche perchè aggiornato con i nuovi concetti ed i nuovi metodi di terapia. *fil.*

Studî clinici e sociali di tisiologia, vol. VI. (Ist. di tisiologia, O. P. poliambulanza Giuseppe Ronzoni, Milano). Un vol. in-8° di pagg. 211. Tip. L. Reali, Milano, 1939.

La pubblicazione di questi « studî », a cui il compianto prof. Gaetano Ronzoni dava tanta

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

anima e tanta fede, si è iniziata nel 1926; essi sono stati l'espressione della sua attività scientifica e sociale, in cui egli portava il riflesso dell'operosità sua e dei suoi allievi, agitandovi i più vitali problemi della tubercolosi.

In questo volume troviamo 15 lavori di interesse scientifico e pratico (sul pneumotorace, l'empiema pleurico, la frenico-exeresi, ecc.) e sociale; fra questi uno dello stesso Ronzoni sul più importante problema che ora si affaccia, cioè quello del ritorno al lavoro dei tubercolosi dimessi dal sanatorio ed altri sul ricovero dei tubercolosi, sui preventorî, ecc.

Un complesso di lavori, che forniscono utile materia di consultazione e di studio a chi si occupa di tisiologia e di medicina sociale.

fil.

MÜHLENS. *Therapeutisches Taschenbuch der wichtigsten Krankheiten der warmen Länder.* Un vol. in-16° di pagg. 73, con 16 figg., cartonato. G. Thieme, Leipzig, 1939. Prezzo RM. 2.

Le possibilità di sviluppo della guerra in altri fronti mettono il medico tedesco nella necessità di conoscere molte malattie che egli ignora in patria, quali la malaria, la dissenteria, la febbre ricorrente, il colera, ecc., senza contare che le condizioni stesse di guerra possono favorire lo sviluppo di malattie, che sono quasi ignote in tempo di pace, come il tifo esantematico.

L'A. ha quindi ritenuto utile raccogliere le principali nozioni su molte malattie dei paesi caldi, esponendone, in uno stile telegrafico eziologia, sintomatologia, diagnosi, terapia e profilassi. Oltre alle malattie infettive generali, sono trattate anche le elmintiasi, le malattie da carenza, le malattie infettive cutanee e le intossicazioni da veleni animali. Con minore sviluppo sono trattate le malattie dei nostri climi.

Il piccolo e conciso manuale si presenta utile per tutti i medici e tanto meglio per quelli coloniali.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 20 febbraio 1940-XVIII
Presiede: prof. L. DOMINICI, presidente

Azione delle sostanze eccitometaboliche sull'accrescimento dei sarcomi da benzopirene.

P. GILIBERTI. — L'O. ha eseguito ricerche atte a mettere in evidenza l'azione dell'alfadinotrofenolo, sostanza che eccita le ossidazioni organiche, sullo sviluppo dei sarcomi da benzopirene. Ha riscontrato, in esperienze eseguite su ratti, che questa sostanza ha un'azione favorevole sullo sviluppo dei sarcomi da benzopirene; crede quindi che un aumento delle ossidazioni, concordemente a quanto sostiene il Roffoni, in contrasto alle idee del Warburg, sia una condizione favorevole alla moltiplicazione cellulare neoplastica.

Alcune ricerche sugli operati di splenectomia.

L. PIGNATELLI. — Dopo aver ricordato gli studi dei vari ricercatori sull'attività splenica, vengono riferiti i risultati ottenuti dalla osservazione di cinque splenectomizzati per trauma sui quali in modo particolare sono stati studiati i rapporti funzionali della milza col sangue, col pancreas; con lo stomaco.

Si conclude che la splenectomia non determina grandi disturbi incompatibili con la vita, poichè il tessuto reticolo-endoteliale assume una funzione vicariante, costituendo il principale meccanismo di compenso.

Il metabolismo basale nelle ustioni.

A. LANZARA. — L'O. dopo aver ricordato le principali teorie sulla morte da ustione, ed elencate le principali conoscenze sul quadro ematico di essa, riferisce gli esperimenti da lui compiuti allo scopo di conoscere le modificazioni del metabolismo basale dopo ustioni estese. Egli conclude affermando che il metabolismo basale si abbassa solo quando si determinano condizioni di depressione o di vero shock premortali, cioè in genere a distanza dall'ustione, mentre solo in casi di morte immediata o quasi si ha subito tale abbassamento.

Nel periodo di eccitazione che suole precedere quello di shock i valori del metabolismo basale aumentano.

L'abbassarsi del M. B. solo a distanza dall'ustione presuppone cause che agiscono con una certa lentezza, quali potrebbero essere fenomeni tossici od anafilattici, mentre un riflesso nervoso sembra anche da queste ricerche non potersi invocare che per le morti immediate.

La deambulazione nell'anchilosi dell'anca.

F. DELITALA. — La questione trattata dall'O. non ha solo importanza teorica, ma presenta applicazioni pratiche sia per le anchilosi ricercate dal chirurgo (artrodesi), sia per la cura delle anchilosi in cattivo atteggiamento.

È noto che alcuni soggetti con anchilosi camminano in modo quasi normale, altri con grave claudicazione. Tra questi vi sono i casi intermedi.

Quali le cause di tali differenze?

Dipendono dall'atteggiamento del femore rispetto al bacino, dall'accorciamento, dallo stato delle articolazioni del ginocchio e del piede, dallo stato dell'anca sana e della regione lombo sacrale.

L'O. discute separatamente queste diverse cause e conclude che solo quando esiste la sola anchilosi, non influenzata da altri fattori, si ha una buona deambulazione. Si occupa particolarmente del compenso che viene da parte della regione lombosacrale e dal maggior lavoro richiesto dall'anca sana.

Espone le sue vedute sulla tecnica dell'artrodesi e sulla cura che richiedono gli operati allo scopo di ottenere dall'anca sana e dalla regione lombosacrale il massimo dei compensi.

L'O. si occupa infine delle indicazioni e controindicazioni delle artrodesi.

Il Segretario: prof. L. IMPERATI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Meningite purulenta da bacillo di tifo.

Ne riferisce un caso S. Cannata (*Pediatria*, gennaio 1940). Una bambina di 5 anni, dopo un periodo di due mesi con febbre alta e diarrea, viene portata in Clinica, dove si trovano sintomi meningei. All'esame del liquor si isola il bacillo del tifo; positiva anche la sieroagglutinazione.

La bambina viene a morte ed all'autopsia, si trova: ileotifo allo stadio della detersione delle ulcere, con modico tumore di milza: meningite purulenta con piocefalo e piomielia; encefalite emorragica.

I sintomi a carico del sistema nervoso si sono manifestati nell'ultimo periodo di un'affezione febbrile di lunga durata dopo circa due mesi dall'inizio. Clinicamente, la malattia non poteva essere inquadrata nel gruppo del tifo, che è stato messo in rilievo soltanto dalla sieroagglutinazione e dalla coltura del liquor. Si tratta di uno di quei casi, oggi dimostratisi non rari, di irregolare e protratto decorso di tifo, culminato con una localizzazione meningea del bacillo.

Dal lato clinico, i sintomi non erano diversi da quelli che si riscontrano nelle meningiti purulente provocate da altri germi patogeni (diplococco di Fränkel, bac. di Pfeiffer, ecc.); analogamente ad alcune di queste forme, il caso ha presentato un decorso gravissimo e rapidamente mortale; letali sono stati, del resto, tutti i casi registrati nella letteratura di meningite purulenta da bac. del tifo.

fil.

Colpo di sole senza surriscaldamento locale.

Per esperienza personale, avendo sofferto durante una gita in montagna col capo insufficientemente protetto da un fazzoletto, di tipico colpo di sole di lieve grado, K. Leonhard (*Münch. Mediz. Wochenschr.*, n. 5, 1939) afferma che esso è del tutto indipendente dal colpo di calore e dalla azione dei raggi calorifici. Il colpo di sole in alta montagna è prodotto dalla azione dei raggi attinici, ed avviene anche se l'aria è fredda e vi è sufficiente ventilazione (ghiacciai). La mancanza di sensazioni di calore al capo rende più grave il pericolo del colpo di sole. A differenza dagli incidenti dovuti ai raggi calorifici ed all'accumulo eccessivo di calore nell'organismo, i disturbi da raggi chimici si rendono evidenti dopo un certo periodo di latenza e dopo la cumulazione di diversi periodi di irradiazione. Così l'A. avvertì i disturbi del colpo di sole verso sera, quando il sole era già da tempo tramontato; e dopo che egli si era esposto al sole di montagna per diversi giorni di seguito.

P.

Una nuova terapia della demenza paralitica.

I giapponesi R. Kawamura e Ueda (*Presse Méd.*, 13 febbraio 1940) osservano che, accanto ai vantaggi innegabili, la malarioterapia nella demenza paralitica presenta alcuni inconvenienti e cioè. 1) la possibilità di complicazioni (dimagrimento, diarree, cedimento cardiaco, confusione mentale, stato catatonico, ecc.); 2) mortalità, che varia secondo i diversi autori dal 10 al 20 %; 3) difficoltà di mantenere l'agente patogeno; 4) possibile diffusione di malaria.

Gli AA. hanno quindi provata l'inoculazione di una malattia data da Rickettsie, che si ha in certe regioni del Giappone, la febbre *tsutsugamushi*, che in condizioni naturali viene inoculata da un insetto (*Trombicula akamushi*). Trattasi di una malattia che si manifesta con febbre elevata (sempre oltre 39°), che cade per lisi dopo 14 giorni, con esantemi ed enantemi e bradicardia. In 20 pazienti con demenza paralitica, hanno inoculato il virus, ottenendo l'86 % di remissioni, che sono state complete nel 40 %; quindi, risultati analoghi, anzi migliori di quelli ottenuti con la malarioterapia.

I vantaggi del metodo sarebbero i seguenti: 1) assenza di complicazioni di sorta; 2) impossibilità di diffusione della malattia, la quale è trasmessa soltanto dalle larve della *Trombicula*, che si trova soltanto in regioni limitate; 3) possibilità di conservazione del virus, con passaggi sul coniglio; 4) maggiore probabilità di successo nell'inoculazione, che è stata costantemente positiva su 113 casi provati dagli AA., mentre per la malaria si hanno risultati negativi nel 5-6 %; 5) migliore sopportabilità della cura.

Un inconveniente del metodo consiste nel fatto che manchiamo di un agente terapeutico contro la febbre, che si deve abbandonare al suo destino fino a che sia compiuto il ciclo, mentre per la malaria, abbiamo nel chinino il mezzo di troncare gli accessi. Comunque, tale inconveniente non sembra grave ed i pazienti che hanno provato le due cure asseriscono che è preferibile l'inoculazione della tsutsugamushi a quella della malaria.

fil.

Raggi Roentgen nella cura della demenza paralitica.

Il substrato anatomico della sifilide del cervello è una infiammazione che più tardi passa in uno stadio degenerativo: esponente clinico di questa infiammazione è la linfocitosi. Basandosi sui buoni risultati ottenuti con i raggi X in processi infiammatori, soprattutto in ascessi delle glandole ascellari che guariscono senza recidiva, Fr. Bering (*Münch. Mediz. Wochenschr.*, 1940) ha tentata la ir-

radiazione del cervello in 15 malati di paralisi progressiva. Quattro sedute, dose complessiva 440 r, 1 mm. Cu. Si trattava di pazienti in cui non era possibile intraprendere una cura malarica a causa dello stato del cuore o dei polmoni. In uno dei casi il paziente venne a morte a causa di tumefazione del cervello: in un altro caso la stessa complicazione, più leggera, regredì entro 2 giorni. In tutti i pazienti si ebbe la caduta dei capelli, che però ricrebbero dopo qualche tempo. In due malati si notò, 3 settimane dopo la irradiazione, un peggioramento dei sintomi e dello stato del liquor, di breve durata (provocazione). In tutti i casi le irradiazioni determinarono un miglioramento dei sintomi e delle condizioni del liquor.

P.

La sindrome delle "lacrime di coccodrillo".

Trattasi di una sindrome osservata per primo da un russo, F. A. Bogorad (*Vracebnoe Dielo*, 1928) ed in seguito da altri, in Germania ed in America (S. U. A.). Essa consiste in un'intensa lacrimazione parossistica che si manifesta ogni qual volta il paziente insaliva i cibi nel mangiare. La curiosa denominazione è stata data dallo stesso Bogorad, in base alla nota credenza che il coccodrillo emetta delle ipocrite lacrime mentre divora le sue vittime. Si presenta soltanto dopo una paralisi periferica del facciale e non va confusa con la lacrimazione che si verifica subito dopo l'installarsi di tale paralisi periferica, in un periodo in cui vi è ectropion, sicchè le lacrime scorrono via dal sacco congiuntivale.

Trattasi di una condizione piuttosto rara (forse più rara nella letteratura che nella realtà); agli 8 casi della letteratura, L. Allen Russin (*Journ. amer. med. ass.*, 23 dicembre 1939) ne aggiunge altri due di propria osservazione.

In uno di essi, uno studente in medicina di 30 anni, la condizione durava dai 14 anni e si era manifestata qualche mese dopo una grave caduta sulla testa. Mentre mangiava, le lacrime continuavano a colare dall'occhio destro, sicchè il paziente era obbligato a tenersi sempre il tovagliolo sotto l'occhio per asciugarsele. La secrezione era più abbondante mangiando cibi acidi, amari o salati. Esisteva una paralisi del facciale di destra, per cui, per esempio, il paziente non poteva corrugare la fronte, senza chiudere ad un tempo le palpebre e scoprire i denti; egli non poteva, cioè, fare dei singoli movimenti, ma doveva mettere in moto tutta la muscolatura facciale, che si presentava anche contratta. I movimenti masticatori o la stimolazione meccanica della bocca non provocavano lacrimazione. Fatti analoghi si avevano in una donna di 27 anni, con paresi facciale di probabile origine sifilitica.

La patogenesi del disturbo va ricercata in una probabile modificazione della direzione delle fibre del nervo quando esso viene rigenerandosi. Il VII paio fornisce delle fibre secretorie alla ghiandola lacrimale (per via del ganglio sfeno-palatino del nervo zigomatico-temporale), fibre motorie alla faccia e sensitive ai due terzi anteriori della lingua ed alla ghiandola salivare. Nella rigenerazione dopo la paralisi, si modificano le direzioni delle fibre dirette alla ghiandola lacrimale ed a quella salivare, invertendosi. La forma non è molto frequente, sia perchè raramente la paralisi facciale è molto grave, sia perchè in qualche caso, la lesione risiede altrove, forse nel ganglio genicolato.

fil.

Localizzazioni oculari della leptospira itteroemorragica.

Non c'è da meravigliarsi se la spirochetosi itteroemorragica dà complicazioni oculari, perchè ne dànno anche altre spirochetosi (la sifilide, la tripanosomiasi, la febbre ricorrente), secondo M. Loeper, A. Magitot e J. Brouet-Sainton (*La Presse medic.*, 13-16 marzo 1940).

Nella spirochetosi ittero-emorragica la congiuntivite è quasi la regola, tanto da essere più un sintoma che una complicazione. È precoce, e si ha in più del 50 % dei casi. È più netta alla palpebra inferiore ed è accompagnata da fotofobia, lacrimazione e dolorabilità del bulbo oculare. A volte coincide con erpete della palpebra. La congiuntivite dura per lo più poco, cioè 6-8 giorni, non ha nessun rapporto colla gravità della malattia e scompare senza lasciare tracce.

Sono più rare le altre manifestazioni oculari. La più importante è l'irido-ciclite, di cui gli AA. descrivono un caso osservato in un giovane ventiquattrenne. Ha un'evoluzione breve (da qualche giorno a qualche settimana). Si inizia dal ventesimo al venticinquesimo giorno. Raramente ha comparsa tardiva. Gli AA. ricordano un caso in cui ci fu recidiva dopo due anni.

Nel maggior numero dei casi l'esame del fondo dell'occhio è normale. Però Leconte e Fabbris hanno descritto un caso di nevrite ottica.

A volte le complicazioni oculari si accompagnano a lesioni renali.

Il tropismo della spirocheta itteroemorragica per l'occhio ha questo carattere in comune con altre spirochete, però differisce dalle altre perchè provoca lesioni oculari particolarmente benigne e che guariscono spesso senza sinechie.

La cura si fa con dosi lievi di arzenobenzoli per via endovenosa e localmente con istillazioni di soluzione di adrenalina all'un per mille per diminuire la congestione e di atropina per evitare le sinechie.

L.

TECNICA MEDICA.

Metodo rapido per la diagnosi di difterite.

M. Lisbonne (*Presse méd.*, 7-10 febbraio 1940) descrive il seguente procedimento di

tecnica, che ha dato anche in sue mani buoni risultati.

Si preleva l'essudato sospetto, avendo cura che l'asticciuola sia in legno o vetro, ma non in metallo e prelevando il materiale più abbondante che possibile. Si immerge il tampone nel mezzo di coltura e si inclina il tubo, in modo da assicurare la massima aereazione. Dopo 3-4 ore di termostato si osserva che — in caso di difterite — i frammenti di essudato aderenti al tampone sono colorati in nero; per assicurarsi che si tratti di bacilli difterici, si fa uno striscio, che si colora col Gram, insistendo soprattutto sul primo tempo. I bacilli difterici non hanno le stesse caratteristiche di quelli sviluppati su siero, ma appaiono raggruppati in grossi pacchetti, spesso granulosi e leggermente incurvati.

Il mezzo di coltura è costituito da 15 cmc. di brodo a cui si aggiungono cmc. 1,5 di una soluzione di tellurito di potassio al 2 % e cmc. 1,5 di sangue defibrinato. La soluzione di tellurito si fa in acqua distillata sterile ad una temperatura di non oltre 40° e non si sterilizza. I 15 cmc. si ripartiscono poi in tubi a cmc. 2,5 per tubo; si conservano, al freddo, per parecchi giorni.

Il metodo è attribuito ad un argentino, A. Mazzullo, mentre è di pura origine italiana; fu il Gosio, di fatto, che fin dal 1907 ebbe a compiere le indagini più complete sull'applicazione del tellurito nel campo batteriologico, mentre l'elaborazione completa del metodo per la ricerca del bacillo difterico spetta a Pergola, anche nella modificazione della oligo-micro-coltura, quale è quella descritta dall'A.

L'A. osserva che il metodo che descrive è passato inavvertito ai batteriologi francesi, cosa che non appare molto strana, trattandosi di un solo lavoro, mentre è da maravigliarsi che l'A. ignori che si tratti di un metodo già da molto tempo reso noto su periodici nostri a larga diffusione.

Il Mazzullo ha proposto un metodo ultrarapido di diagnosi delle difterite, che consiste nel toccare l'essudato col tampone imbevuto nella soluzione di tellurito; dopo 5-10 minuti, l'essudato è annerito se si tratta di difterite, mentre l'annerimento manca in caso contrario. I risultati ottenuti da Mazzullo ed anche quelli dell'A. sono assai favorevoli. *fil.*

VARIA

Mistero al Cremlino.

Il dottor Franz Schumann fu chiamato nel 1938 al Cremlino e il racconto della sua strana visita è riferito in una rivista parigina.

« Io non so se Stalin è sano o malato, eppure non solo l'ho esaminato, ma gli ho prescritto una cura...

« Fui invitato al Cremlino per mezzo della Legazione russa a Bucarest... Il Governo sovietico mi mandò il necessario permesso per recarmi a Mosca in aeroplano... Fui condotto a una casa che mi parve nella parte posteriore del Cremlino e introdotto da due uscieri in un'immensa sala, dove si trovavano in un angolo tutti gli strumenti che mi potevano occorrere, compreso un bell'impianto di raggi X.

« Aspettai alcuni minuti e poi un uomo entrò: indubbiamente Giuseppe Stalin. Portava una divisa militare grigioscura, molto semplice, con una stella rossa al bavero. Fece un leggero inchino e, senza pronunziar parola, mi stese sorridendo la mano. In quel momento una seconda porta si aprì e un altro uomo entrò nella sala, simile al primo in ogni particolare, che mi salutò allo stesso modo. Mi sarebbe piaciuto sapere chi dei due era il vero Stalin. Ma, mentre pensavo « Stalin deve avere un fratello gemello », una terza persona entrò: stesso aspetto, stesso portamento, stessa divisa, stessa maniera di salutare.

« Per un momento credetti d'essere vittima di un'allucinazione. Guardavo ora l'uno ora l'altro dei tre quando improvvisamente l'usciere ne introdusse altri due, assolutamente identici ai primi. Sapevo che le precauzioni sono grandissime a Mosca, dove strane usanze hanno cessato d'essere singolari; ma fino a quel punto. Compresi che il dittatore di Russia non voleva essere esaminato personalmente perchè il mondo non doveva conoscere lo stato reale della sua salute.

« Io li feci spogliare e li esaminai tutt'e cinque. Dal rumore degli abiti deposti capii che ognuno aveva la sua rivoltella. Dopo tre ore di esame, diedi loro cinque prescrizioni. I cinque corpi erano anatomicamente ben diversi l'uno dall'altro, ma le facce apparivano del tutto simili, senza che vi fosse la minima traccia di trucco.

« E così esaminai certamente Stalin ma non potei sapere quale dei cinque fosse Stalin ».

(Dal « *Giardino di Esculapio* », aprile 1940).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

V. VITALONE. *Considerazioni su di un caso di anemia di Cooley*. Tip. Concezione Moderna 1939.

A. SALMON. *Sul meccanismo delle crisi epilettiche: l'apparato epilettogeno diencefalico*. Tip. Studium, Napoli 1939.

B. TUMMINELLO. *Le diverse forme di tubercolosi polmonare dell'infanzia*. Stab. Tipografici, Bologna 1939.

F. BRANCATO e G. CALETTI. *Reazione di Wassermann e preparati sulfamidici*. L. Salpietra, Palermo 1939.

G. CALETTI. *Immunochemioterapia della blenorragia e sue complicanze*. Tip. Operaia Romana. Roma 1939.

A. RANELLETTI. *Relazione sull'attività didattica e scientifica svolta dalla Scuola di Perfezionamento in medicina del lavoro nell'anno scolastico* 1938-39. Tipografia Terme, Roma 1939.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

X Campagna Antitubercolare - Ricavato.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato alle autorità competenti la seguente circolare n. 47 in data 3 maggio 1940-XVIII:

Si prega di trasmettere a questo Ministero, con la maggiore sollecitudine possibile, un prospetto dal quale risultino i seguenti dati:

a) ricavato lordo della X Campagna antitubercolare, distinguendo il gettito della Giornata delle Due Croci, da quello della vendita del bollo chiudilettere, nonchè da quello eventualmente dato dai così detti contributi speciali cioè dalle somme raccolte in occasione della Campagna, ma che non costituiscono il corrispettivo di vendita nè del materiale della Giornata delle Due Croci, nè dei bolli chiudilettera, di cui alla Circolare del 28 luglio 1939-XVII n. 20300.20/72928;

b) ricavato netto, depurato da ogni spesa, distinto come sopra;

c) quota del 35 % del *ricavato netto* spettante alla Croce Rossa Italiana, cui deve essere versato appena possibile;

d) quota del 65 % del *ricavato netto* da destinare, giusta istruzioni che il Ministero si riserva di impartire, al finanziamento dell'assicurazione obbligatoria contro la tbc. dei maestri elementari e direttori didattici e per agevolare il ricovero degli iscritti alla G.I.L. tubercolotici, non abbienti.

Pel Ministro: Buffarini.

Cronaca del movimento corporativo.

Assistenza sanitaria ai lavoratori dell'industria in Roma.

Il « Messaggero» del 12 maggio reca:

Un'importante provvidenza che riguarda migliaia e migliaia di lavoratori dell'Industria è in via di organizzazione e sarà quanto prima attuata. Si tratta dell'assistenza sanitaria che verrà esplicata in grande stile a favore dei lavoratori dell'industria e in forma quasi gratuita. Tale forma di assistenza si svolgerà nei singoli rioni, cosicchè ogni lavoratore che ne abbia bisogno potrà rivolgersi alla farmacia o direttamente al medico, o alla mutua, chiedendo l'intervento in caso di necessità sia nelle ore diurne, che notturne. Una simile grande organizzazione il cui merito risale al Sindacato dei Medici reca notevole ausilio ai servizi di pronto soccorso e sanitari della città. Tanto più che si sta studiando di estendere un'organizzazione simile ad uso della cittadinanza. Ogni quartiere avrà così il medico rionale, una specie di medico condotto in funzione nelle varie zone della città. Le tariffe attualmente applicate per gli onorari da corrispondersi ai medici che compiranno le visite domiciliari su richiesta dei lavoratori dell'industria sono minime. Per la prima visita si corrisponderà o 10 od 8 lire e per le successive otto o sei lire.

A tutti i medici iscritti al Sindacato Provinciale di Roma è stata distribuita copia degli accordi che regolano l'assistenza a favore di tutti coloro che sono iscritti nelle Mutue dell'Industria. Poichè le domande per essere iscritti nell'elenco dei Medici autorizzati a prestare le loro cure ai mutuati debbono essere presentate non oltre il 20 corrente, i medici che non avessero ricevuto copia degli accordi stessi potranno rivolgersi al Sindacato Provinciale o presso la Federazione delle Mutue dell'industria in via Giulia, 16.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. Prefetture

Condotte mediche.

Per disposizione del ministero dell'interno i concorsi a posti di sanitari condotti sono prorogati al 31 agosto prossimo venturo.

Laboratori provinciali d'igiene e profilassi:

Sono aperti i concorsi nelle seguenti provincie:

Zara, per coadiutore, scad. 15 gennaio.

Ancona. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Il concorso bandito da questo Ospedale in data 10 dicembre 1939-XVIII per tre posti di assistente medico-chirurgo, già elevati a sei, viene prorogato al 31 maggio p. v.

Udine. *Ospedale Civile.* — Con avviso del 6 maggio, si informa che il termine di chiusura del concorso di cui all'avviso pubblicato il 25 marzo 1940-XVIII relativo ai posti di un aiuto chirurgo e un aiuto medico, scadente il 15 maggio a. c., limitatamente ai sopradetti posti viene prorogato alle ore 18 del 25 ottobre 1940-XVIII.

Il Presidente: L. Larocca.

Concorsi a premi.

Premi per lo studio e la prevenzione delle grandi calamità presso la Reale Accademia d'Italia.

La Commissione per lo studio e la prevenzione delle grandi calamità, istituita presso la Reale Accademia d'Italia per onorare la memoria di Ettore Marchiafava e di Mario Baratta, pone a concorso due premi di lire 5.000 ciascuno, da assegnarsi una volta tanto.

Possono prender parte al concorso soltanto giovani di nazionalità italiana, che abbiano conseguito la laurea in una Università del Regno, non anteriormente al decennio che precede il 31 dicembre 1940-XIX. E' obbligatoria per i concorrenti l'appartenenza al P. N. F.

I lavori debbono essere inediti e non possono essere stati presentati ad altri concorsi, come deve dichiarare esplicitamente il concorrente. Dovranno essere presentati od inviati alla R. Accademia d'Italia, Roma, entro il 31 dicembre 1940-XIX. Si ha obbligo di presentarli in triplice copia dattilografata; il materiale cartografico potrà essere in un solo esemplare.

La Commissione giudicatrice sarà costituita da cinque membri, dei quali quattro nominati dal Presidente dell'Accademia, ed il quinto designato

dal Presidente della Commissione per lo studio e la prevenzione delle grandi calamità.

I vincitori saranno proclamati nella Adunanza Generale del 21 aprile 1941-XIX. Non è ammessa la divisione dei premi. Qualora nessun concorrente sia giudicato degno del premio, la Commissione giudicatrice ha la facoltà di devolvere una parte della somma assegnata, come contributo d'incoraggiamento, a quelli dei concorrenti che riterrà più meritevoli.

La commissione per lo studio e la prevenzione delle grandi calamità si riserva il diritto di pubblicare i lavori premiati nella sua serie scientifica.

I temi assegnati per i singoli temi sono i seguenti: « Premio Ettore Marchiafava »: I problemi epidemiologici dell'Africa Orientale con speciale riguardo ai territori italiani; « Premio Mario Baratta »: Carta delle aree sismiche della regione Mediterranea ovvero di una zona geografica particolarmente interessante l'Italia o le sue colonie.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il prof. Carlo Francesco Cerruti, aiuto dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Torino, è stato nominato, in seguito a concorso, ufficiale sanitario e medico capo dell'Ufficio d'igiene di questa città.

Il prof. Emilio Raverdino, primario oculista negli Osperali Civili di Brescia, è nominato, in seguito a concorso, primario oculista degli Istituti Ospedalieri di Milano.

Al medico provinciale di Palermo, comm. dott. Enrico Calamida, in considerazione dell'attività da lui svolta nel campo sanitario, è stata conferita la medaglia d'argento al merito della salute pubblica.

L'università di Zagabria ha conferito il dottorato *honoris causa* al prof. Lavoslav Ruzicka, del Politecnico di Zurigo, premio Nobel della chimica per il 1939, jugoslavo di origine.

NOTIZIE DIVERSE

1° Congresso nazionale di radioterapia.

Nei giorni 30 giugno, 1-2 luglio prossimi sarà tenuto in Siena il I° Congresso Nazionale di Radioterapia sotto la presidenza onoraria del sen. prof. Raffaele Bastianelli.

Temi delle relazioni: 1° « Terapia radiochirurgica delle metastasi linfatiche da cancro della bocca »; relatori: dott. Bucalossi (parte chirurgica), prof. Ratti e dott. Bullo (parte radiologica); 2° « Terapia radiologica nella patologia ipofisaria »; relatori. prof. Del Buono (parte biologica), prof. Anzilotti (parte chirurgica); 3° « Metodiche moderne e mezzi fisici sussidiarii della roentgenterapia »; prima parte: « Terapia ad alto voltaggio e plesioterapia », relatore prof. Turano, « Teleirradiazione », relatori: dott. Bracci (parte biologica), prof. Giordano e dott. Gardini (parte clinica); seconda parte: « Associazione Roentgendiatermia », relatore prof. Vallebona, « Associazione ultravioletti Roentgen », relatore prof. Reviglio, « Associazione infrarossi Roentgen », relatore prof. Stoppani.

Sono ammesse comunicazioni.

Al Congresso sarà unita una Mostra.

Per i congressisti saranno organizzate gite a S. Gimignano e da Monteoliveto, visite ai monumenti cittadini, ricevimenti vari; la tradizionale festa del Palio che avrà luogo nel pomeriggio del 2 luglio chiuderà la terza giornata del Congresso con lo spettacolo del corteo storico e della corsa.

Rivolgersi alla Segreteria della Società italiana di radiologia medica, Associazione Italiana di Radioterapia, Siena.

Convegno regionale di tisiologia.

Nei giorni 5-6 giugno avrà luogo in Napoli il III Convegno Regionale della Sezione Campana e di Potenza della F. I. N. F. L. T.

La seduta inaugurale e l'inizio dei lavori del Convegno — 5 giugno, alle ore 9,30 — si svolgeranno nel salone dei Congressi della Mostra Triennale delle Terre d'Oltremare.

Per questa seduta è prescritta l'uniforme fascista.

Nel giorno successivo la riunione sarà tenuta — iniziandosi alle ore 9,30 — presso il Sanatorio dell'I. N. F. P. S. « Principi di Piemonte » ai Camaldoli.

Saranno svolti i seguenti temi di relazione: 1) « Su alcuni metodi clinico-biologici e funzionali per lo studio della capacità lavorativa dei malati dimissibili dal Sanatorio », relatori prof. A. Omodei Zorini e collaboratori (Scoz., Castaldi. Rubino, Aprile-Abruzzini, Chiti); 2) « Il problema della tubercolosi dei vecchi allo stato attuale della lotta contro la tubercolosi », relatore prof. M. Zappia; 3) « Le indagini di laboratorio nelle malattie tubercolari » (contributi personali), relatore: prof. A. Fortunato.

Seguiranno comunicazioni su argomenti biologici, clinici e sociali.

Possono partecipare al Convegno oltre ai Soci della Sezione e alle loro famiglie, tutti i Soci della Federazione e tutti coloro che si occupano di studi sulla tubercolosi. La quota d'iscrizione al Convegno è di L. 20, per le signore di L. 10. Rivolgersi al Delegato Regionale, prof. Vittorio de Bonis, via Monte di Dio 74, Napoli.

La " Settimana sanitaria „ a Padova.

Riceviamo:

Dal 9 al 16 giugno avrà luogo a Padova la importante manifestazione della « Settimana Sanitaria », tipica nel suo genere per le caratteristiche nelle quali si riflette la imponente attività clinica dell'Ateneo padovano, a mezzo dei suoi Maestri e dei suoi Istituti.

Or sono nove anni, in collaborazione coll'Ateneo di Padova, il Sindacato Padovano dei Medici, per un più fecondo impulso oltre che in senso esplicitamente scientifico, anche e principalmente per una maggiore e pratica risoluzione ed applicazione dei vari problemi orientati al campo sociale, si rendeva iniziatore della Settimana Medica, che continuò poi con graduale risalto nelle successive manifestazioni.

Da questo così felice tentativo di atteggiare entro una veduta teorico-pratica i nuovi sviluppi scientifici sanitari, quali risultavano da una più spiccata coesione fra categoria e categoria in base alla evoluzione stessa delle direttive impartite man mano che da un problema all'altro si diffondeva

l'alito vivificatore dei principi enunciati, ecco delinearsi la più vasta struttura per cui notevolmente si segnala del massimo interesse questa manifestazione che corre sotto il nome più comprensivo di « Settimana Sanitaria ».

Alla base della iniziativa, ormai sicura e nobilissima impresa, è costante quell'indirizzo, sulla cui norma potè sorgere e adeguatamente affermarsi, che assume per proprio basilare concetto il più severo apporto dottrinale, vanto del glorioso Ateneo padovano, che la dottrina medica irradia da secoli. Di qui il contributo culturale che illustri docenti della Università stessa recheranno al rilevante uditorio dei medici e dei farmacisti il cui concorso è assicurato da ogni provincia d'Italia; e già trasparisce dallo schema preliminare delle frequenti e varie lezioni da tenersi durante la « Settimana Sanitaria ».

È in questo modo, più sopra lo si è notato, che da una sede di assoluta ed evoluta scienza si passerà ad altri settori ugualmente improntati di nobilissima attività scientifica ma con particolare richiamo ai problemi di indirizzo collettivo per i quali costantemente è vigile il Regime che anima gagliardamente tutta una somma di provvidenze e previdenze sociali.

I lineamenti programmatici come qui esposti, della « Settimana Sanitaria », che si svolgerà dal 9 al 16 giugno p. v., per i medici e dal 9 al 13 per i farmacisti, attività che spazia in sede scientifica e sanitaria, avvantaggiandosi questa ultima sempre più da ogni incontro con la dottrina medica poichè appunto da una maggiore capacità di conoscere sgorga come conseguenza un altrettanto maggiore e fervoroso fare.

Alla compiuta affermazione della « Settimana Sanitaria » insieme coi Sindacati dei Medici e dei Farmacisti concorre l'Unione Provinciale Fascista Artisti e Professionisti di Padova dalla quale la manifestazione è indetta, e che ne ha la cura organizzativa e preparatoria.

La Clinica delle malattie tropicali di Torino.

La Fondazione « Cassa di Risparmio di Torino » per il funzionamento della Clinica delle malattie tropicali e sub-tropicali, avente sede presso la R. Università di Torino, con recente R. D. e su proposta del Ministero dell'Educazione Nazionale, viene eretta in Ente morale e ne viene approvato lo statuto. La Clinica delle malattie tropicali e subtropicali, fondata dal compianto prof. Paolo Croveri, figura eminente di scienziato e di medico, continuerà regolarmente la sua proficua attività sotto la direzione del prof. Bernardo Zancan allievo del prof. Gamna, direttore della Clinica medica di Torino. Tra i collaboratori del prof. Zancan sarà il prof. Giorgio Marengo, che partecipò a tutta la campagna per la conquista dell'Impero.

Rapporti culturali coi medici albanesi.

Il Consiglio della Facoltà medica di Bari, adunatosi con l'intervento del rettore prof. Petrocelli, ha stabilito di promuovere raduni di medici nei maggiori centri dell'Albania, delegandovi a turno professori della Facoltà per tenervi delle conferenze. Ha stabilito di organizzare, nella Facoltà, corsi di aggiornamento per medici albanesi. Ha convocato a Tirana il Convegno della Sezione Pugliese della F.I.N.F.L.T., indetto per il corrente mese di maggio.

Programma ospedaliero in Albania.

Il Governo italiano ha approvato, in linea di massima, tutto un programma di ampliamento degli ospedali esistenti in Albania e la costruzione di altri edifici ospedalieri per i quali era stato richiesto un aiuto finanziario. Tale programma è vasto e comprende, tra l'altro, l'ampliamento degli ospedali di Scutari, Koritza e Valona, mediante la costruzione di nuovi padiglioni, analogamente a quanto è già stato fatto per l'ospedale di Tirana. Inoltre è allo studio la costruzione di un nuovo ospedale ad Argirocastro e di ospedaletti a Kukes e Peshkopija e, in un secondo tempo, a Perat e a Elbasan.

Si ritiene imminente la costruzione dei padiglioni di Scutari. Intanto si sta procedendo all'impianto di gabinetti radiologici negli ospedali di Scutari, di Koritza e di Valona. L'ospedaletto di Durazzo avrà triplicata la capacità.

Per i professionisti rimpatriati.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato, su proposta del Ministro della Educazione Nazionale, un disegno di legge contenente disposizioni a favore dei cittadini italiani esercitanti professioni, che siano rimpatriati dall'estero.

Il provvedimento tende a permettere ai nostri connazionali che sono stati costretti, nelle presenti contingenze internazionali, a rimpatriare dall'estero di ricostituirsi una posizione professionale in Italia e di ottenere, mediante una procedura rapida ed eccezionale, la iscrizione agli albi professionali.

Studi del prof. Petragnani per la profilassi del morbillo.

Un breve comunicato pubblicato dalla stampa quotidiana dà notizia degli studi compiuti per l'uso dell'estratto fenolico di placenta « Fenepla » nella profilassi del morbillo. Il prof. Petragnani, Direttore generale della Sanità Pubblica, che a questo problema ha dedicato e dedica tutta la sua nota competenza, ha fatto agli organi tecnici competenti una interessante relazione degli studi compiuti e dei risultati raggiunti specie nelle collettività infantili.

Le prove sperimentali sono state effettuate in località ove si sono ravvisati casi di morbillo, con iniezioni a bambini non contagiati, ma a contatto con malati. In provincia di Cosenza su 67 vaccinati vi furono sei casi; a Reggio Emilia su 74 vaccinati non vi è stato alcun caso serio.

Proseguendo nei suoi studi il Direttore generale della Sanità è già in grado di presentare gli elementi dimostranti che l'estratto è stato usato con buoni risultati anche nella profilassi della scarlattina. È superfluo rilevare l'importanza di questi studi scientifici intesi a garantire la sicurezza igienica dei ragazzi specialmente nelle scuole, nei convitti, nei collegi, nelle colonie, ecc.

Attività assistenziale per la campagna della monda del riso.

Per la imminente campagna di monda e di trapianto del riso la Confederazione fascista dei lavoratori dell'agricoltura ha predisposto un vasto e concreto piano di attività assistenziali a favore dell'imponente massa di mano d'opera che parteciperà ai lavori di risaia. Tra l'altro, parti-

colarmente curata sarà l'assistenza che verrà svolta nel campo demografico. Tutte le mondine in stato di gravidanza, a titolo di compenso per la loro esclusione dal lavoro, percepiranno un assegno demografico di L. 200. Sia nelle zone di migrazione come in quelle di lavoro, funzioneranno asili-nido e d'infanzia che ospiteranno i bambini delle mondariso dai tre ai sette anni.

Presso le stazioni e nelle località di lavoro funzioneranno numerosissimi posti di ricovero e ristoro, ambulatori e posti di pronto soccorso.

Nel campo della tutela igienico-sanitaria saranno distribuiti gratuitamente preparati profilattici contro la malaria e contro le dermatiti.

Azioni giudiziarie.

I giornali recano che il 7 maggio sono stati arrestati a Milano i noti sanitari dott. Paolo Pini, di 65 anni, specialista di malattie mentali, e dott. Giuseppe Corberi, di 59 anni, direttore di « Villa Turro », clinica per malati di nervi, nonchè la signora Anna Patelli vedova Coccini, di 51 anni. I tre sono accusati di avere privato della libertà, spacciandolo per incapace ad amministrare i propri beni e pericoloso a sè e agli altri, il ventiquattrenne Gaetano Coccini, figlio della Patelli. Dietro dichiarazione, sembra del dott. Pini, il giovane Coccini sarebbe stato accolto nella casa di salute e ciò al fine, secondo l'accusa, di favorire la madre che intendeva amministrare il cospicuo patrimonio lasciato al Coccini dal padre Giovanni. Sembra che quest'ultimo, che era in pieno disaccordo con la moglie, avesse testato a completo favore del figlio. Di qui il risentimento della madre. — Evidentemente entrano in gioco forti interessi, che devono rendere cauti nei giudizi.

Notizie sanitarie di guerra.

La città di Stoccarda ha creato una guardia medica permanente, per sopperire alle necessità urgenti di assistenza medica mentre i medici difettano a causa della mobilitazione. Come per il servizio contro gl'incendi e come per la guardia ostetrica, si è stabilito un numero telefonico caratteristico (9200) e lo si è fatto conoscere largamente al pubblico per le chiamate. Cinquanta medici si trovano a disposizione della guardia medica; uno di essi è sempre pronto ad accorrere in qualsiasi ora del giorno o della notte. Si crede che il sistema della capitale del Baden si diffonderà in altre città della Germania.

Il dott. Grote, capo dell'Associazione per le Casse-malattia in Germania, annunzia che le misure attuali di socializzazione della medicina avranno carattere temporaneo, per la sola durata della guerra. È suo intendimento che la professione medica mantenga il carattere di professione libera.

In Germania sono state organizzate delle autoambulanze radiologiche a scopi di guerra; ognuna comprende un dirigente e quattro uomini; è capace di eseguire circa 20 radiografie all'ora; in un giorno può visitare 4-5 ospedali da campo.

Un esperimento in grande stile per la difesa antiaerea passiva è stato compiuto in Inghilterra, sotto la direzione del ministro John Anderson; si è esteso a 7 contee meridionali. Si sono saggiati i metodi di soccorso, per soggetti colpiti in misura tale da non potersi valere dei mezzi propri. Le operazioni sono state compiute da 15.000 persone, oltre a 2000 dislocate nelle vicinanze e pronte per eventuali chiamate. Le autoambulanze, le autopompe ed altri veicoli impiegati hanno raggiunto il numero di 1050. I presunti colpiti sono stati 4000; un cartello indicava la natura dell'aggressione. Nell'esperimento hanno avuta molta parte i medici e gli ospedali. Il ministro alla fine della giornata si dichiarò soddisfatto della prova.

L'ospedale militare del Val-de-Grâce, a Parigi, ha organizzato delle riunioni medico-chirurgiche bimensili, cui sono invitati i medici mobilitati dipendenti dal « Governo militare » di Parigi.

Nel « National Hospital » di Londra è stato organizzato un corso di neurologia di guerra.

In Inghilterra è stata intrapresa una campagna nazionale, intesa alla restrizione dei consumi alimentari.

I medici chirurgi consulenti d'armata in Francia tengono delle riunioni periodiche. In riunioni tenutesi il 1° e il 29 febbraio, vennero discussi 3 temi: « Il problema delle amputazioni avanzate », « Il reumatismo nell'esercito », « Le suture d'urgenza ».

Secondo informazioni riportate sul « Messaggero » dell'11 maggio, nel bombardamento di Anversa, effettuato per mezzo di aeroplani, un ospedale militare sarebbe stato distrutto.

Notizie da Berlino recano che, durante la notte fra il 10 e l'11 maggio, alcuni aeroplani francesi hanno eseguito una incursione sulla città di Emmerich, nel corso della quale rimaneva distrutta la sala operatoria dell'ospedale; fra i ricoverati non vi sono state vittime.

La Croce Rossa americana ha iniziata una campagna di propaganda allo scopo di raccogliere un fondo di 10 mila dollari per assistere le vittime della guerra in Europa.

Un po' dovunque.

La 53ª riunione della Società oftalmologica tedesca si terrà dal 5 al 7 agosto, in Heidelberg. Rivolgersi al segretario della Società, prof. Engelking, Universitäts-Augenklinik, Heidelberg, Germania.

La Società di cultura medica cuneese si è adunata il 19 gennaio, il 7 marzo e l'11 aprile, sotto la presidenza del prof. Bonanno. Nella prima seduta sono state fatte comunicazioni dai soci: Carusi, Storchi, Mantelli, Re Carlo, Racca; nella seconda dai soci: Bonanno e Re Carlo, Girando, Zucchetti; nella terza il prof. Cignolini, di Genova, ha tenuto una conferenza sugli effetti terapeutici delle acque radioattive di Lusinia (Mondovì).

Nell'Istituto stomatologico di Milano si è adunata la Sezione lombarda dell'Associazione naz. fascista stomato-odontologica », sotto la presidenza del prof. Gaetano Fasoli.

Il giorno 3 corrente, il prof. Arturo Manna ha tenuto, nell'Ufficio d'Igiene e Sanità del Governatorato di Roma, una conferenza dal titolo:

« Scopi e possibilità della chirurgia plastica dal punto di vista umanitario e sociale ». La conferenza è stata illustrata da numerose proiezioni cinematografiche e fotografiche. Assistevano il direttore e il vice-direttore dell'Ufficio d'Igiene, alcuni medici primari e numerosi sanitari del Governatorato.

Il prof. Agostino Crosti, nuovo direttore della Clinica Dermosifilopatica di Palermo, ha tenuto in questa città una conferenza sul tema: « Recenti cognizioni in tema di tbc. cutanee ».

Il prof. Eugenio Morelli, direttore dell'Istituto « Carlo Forlanini » di Roma, ha tenuto in alcune Università della Spagna una serie di conferenze che hanno destato vivo interesse.

La R. Accademia dei Fisiocratici di Siena ha celebrato l'inizio del suo 250° anno di attività; parlarono il prof. Gastone Lambertini, preside della Sezione medico-fisica dell'Accademia, e il prof. Francesco Spirito, presidente dell'Accademia stessa, il quale tenne una rassegna delle vicende dell'Istituzione.

Nella Mostra delle Terre d'Oltremare che si tiene a Napoli hanno parte la medicina e l'igiene, in particolare nei riguardi della malaria, delle tripanosomiasi animali e delle elmintiasi.

Alla Prefettura di Bordeaux si era chiesta l'autorizzazione di organizzare un centro di donatrici di latte, per la clientela medica libera; ma è stata negata, perchè già si può procurarsi il latte di donna, rivolgendosi al Centro di protezione dell'infanzia, costituito dalle infermiere visitatrici della C. R.

A Leningrado si è organizzata un'Accademia di medici di marina.

Il dott. Reiter, presidente dell'Ufficio di sanità del Reich, ha messo in evidenza i danni che il fumo di tabacco reca alla donna, meno resistente dell'uomo, e, sovratutto, alla prole delle gestanti. Ascrive le azioni dannose, oltre che alla nicotina, anche all'ossido di carbonio.

Ospedali e cliniche possono acquistare carne nei giorni di mercoledì, giovedì e venerdì, da spacci autorizzati, sotto controllo.

I laureati del 1890 nell'Università di Bologna sono invitati ad inviare la loro adesione al dott. comm. Nicola Tucci a Penne (Pescara), per una riunione a Bologna — in epoca da stabilirsi — in occasione del cinquantenario di laurea.

A Córdoba (Argentina), nell'ospedale Rawson, la diciannovenne Maura Mürúa era stata creduta morta e trasportata in camera mortuaria, ove rinvenne tra il terrore dei presenti. Riportata in corsia e sottoposta a cure, venne avviata a guarigione.

L'autorità di Cuneo ho chiuso un molino, esercito in contrata Sumiglia di Savignano, il quale confezionava farine destinate alla panificazione, miscelandole con i residui di « rizza », prodotto usato per la fabbricazione dei bottoni e di cui si prelevano gli scarti da un bottonifero di Fossano.

È deceduto il prof. PIERRE MARIE, una delle maggiori glorie della neurologia francese. Allievo di Charcot, non si è fermato all'opera del Maestro, ma è andato molto oltre. Ha distrutto le basi su cui era stata edificata la dottrina dell'afasia, da lui interamente rinnovata; ha individuato o definito un numero cospicuo di forme morbose: acromegalia o morbo di Marie, spondilosi rizomelica, atrofia di Charcot-Marie, disostosi cleido-cranica, osteoartropatia ipertrofizzante pneumica, eredo-atassia cerebellare... Le sue scoperte furono il risultato di un insieme di qualità d'eccezione: intelligenza aperta, disciplinata dal metodo, capacità di analisi, senso critico acutissimo, intuito felice. La sua opera è destinata a durare.

a.

È deceduto in età di 67 anni il dott. WILLIAM DAVID HAGGARD, ex-presidente dell'Associazione Medica Americana e del Collegio Americano dei Chirurgi, clinico chirurgo alla Facoltà medica dell'Università Vanderbilt a Nashville (Tenneessee), autore di numerosi contributi alla chirurgia, in specie sull'appendicite, il gozzo e i tumori maligni; lascia varie opere, tra cui una intitolata: « La chirurgia, regina delle arti ».

M.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M Courrier

VOLUME XLVII Roma, 27 Maggio 1940-XVIII Num. 21

"IL POLICLINICO„

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA
OSP. CIVILI RIUNITI - VENEZIA
Direttore: prof. ANGIOLO FABRIS.

Risultati della reazione di Rivalta praticata con trasudati cadaverici.

Dott. GIACOMO DONINI, assistente

Si può dire che non un carattere fisico o chimico o biologico o citologico sia sfuggito alle indagini dei numerosissimi studiosi che hanno cercato di individualizzare nei liquidi delle grandi cavità, un dato preciso e costante utilizzabile nella importante diagnosi differenziale tra essudati e trasudati.

I caratteri fisici: dalla densità alla crioscopia, alla viscosità, alla tensione superficiale, alla conducibilità elettrica, alla reazione attuale, all'indice di refrazione, ecc., sono stati tutti cimentati e variamente proposti per una possibile utilizzazione in campo diagnostico La composizione chimica: dalle proteine in toto alle varie frazioni proteiche, ed ai vari componenti organici quali l'urea, l'ammoniaca, l'acido urico, gli amminoacidi, i grassi, le purine, la creatina, la bilirubina, ecc. furono oggetto di particolari dosaggi sempre al fine precipuo di trovare quel dato componente esplicito, se non nella qualità, almeno nella quantità, del trasudato o dell'essudato; ed allo stesso scopo si studiarono i componenti inorganici, le proprietà biologiche: anticorpi, fermenti, ed i dati citologici.

Le indagini diedero però esiti il più delle volte contradditorii al fine di un possibile dato differenziale, cosicchè molte delle reazioni proposte e scaturite da queste ricerche ebbero vita più che effimera ed altre ancora che per la loro bontà vennero ad arricchire il laboratorio, non trovarono mai la possibilità di

affermarsi perchè troppo indaginose o comunque abbisognanti di un ben attrezzato gabinetto di ricerche.

Inutilizzabili si dimostrarono: la crioscopia, la conducibilità elettrica, i dosaggi dell'N ureico, ammoniacale, purinico, creatinico; dei grassi, del glucosio, ecc., mentre fra i caratteri fisici il peso specifico, il pH, la tensione superficiale, la viscosità, e fra i chimici il dosaggio delle proteine dell'N totale, del rapporto albumine-globuline si dimostrarono abbastanza attendibili al fine diagnostico (Casanova).

Fra le ricerche proposte allo scopo di differenziare i trasudati dagli essudati il primo posto è certamente tenuto dalla semplice, sicura e precisa reazione che va col nome dell'Autore: « la Rivalta ».

Ormai è lontano quell'aprile del 1895 nel quale il medico di Cesena, spentosi un anno fa, proponeva su — *Riforma Medica* — il metodo all'acido acetico diluitissimo che si è poi affermato così, che non avvi oggi clinico con attrezzato laboratorio o medico condotto nelle più disagiate condizioni di ricerca che non utilizzi al bisogno, ed è frequente, questa reazione di sì alto orientamento diagnostico.

Un bicchiere di acqua fontis, poche gocce di acido acetico, od all'occorrenza di aceto bianco, una goccia di liquido in esame e la prova dà rapidamente il suo sensibilissimo responso.

Sono state fatte delle obbiezioni a questo metodo di ricerca prospettando la inesiguibilità in certe condizioni come ad es. per liquidi pseudochilosi, obbiezioni per altro già prospettate da Rivalta e di scarsa importanza di fronte alla bontà del metodo, alla quasi sua universale applicazione, alla sua rapidità, ed infine, dato grandissimo, alla sua facile eseguibilità.

Ho voluto — dietro suggerimento del mio Primario — indagare il comportamento alla Rivalta di liquidi trasudatizi prelevati da cadaveri e vedere se l'alto valore diagnostico differenziale della reazione potesse egualmente sussistere in condizioni post-mortali.

Scorrendo la letteratura al riguardo, non mi è stato possibile di trovare lavori espliciti ad eccezione di un accenno alla quistione fatto dallo stesso Rivalta in un lavoro del 1905 (*Policlinico*, Sez. Med.); nessun accenno invece nei non numerosi testi italiani di tecnica autopsica anche fra i più completi come quello del De Vecchi.

Determinare se un liquido contenuto nelle grandi cavità sierose ha carattere trasudatizio oppure essudatizio può essere dato di importanza non trascurabile anche per il settore che deve coordinare tutti i dati risultanti dall'indagine anatomo-patologica per risalire alla sintesi epicritica, armonica in tutte le sue parti. Non sempre la necroscopia illumina in tutti i punti un dato problema diagnostico, e se fosse possibile apportare sia pure un piccolo dato chiarificatore su determinate lesioni, mediante una reazione attendibile e di estrema facilità, io credo che l'acquisizione non sarebbe certo da respingersi.

Mosso da questo proposito ho voluto in un primo tempo indagare su cadaveri pervenuti nel nostro Istituto con diagnosi clinica di malattie eminentemente generatrici di liquidi trasudatizi, la reazione di Rivalta, eseguendola pochi minuti prima della sezione e prelevando il liquido dalle grandi cavità mediante una siringa Banti, e ciò per eliminare qualsiasi mescolamento con sangue. A questo proposito Rivalta fa notare che trasudati anche con notevoli tracce di sangue fino, egli dice, ad essere rosei o rossastri, hanno prova acetica negativa o solo possono dare un lieve inalbamento.

Ciononostante ho voluto evitare questa eventualità per non aver dubbi in proposito.

Di tutti i liquidi ho osservato il colore, la trasparenza ed ho notato il peso specifico, dato quest'ultimo non eccessivamente attendibile dal lato differenziale, ma che mi serviva a scartare i liquidi a valore superiore ai limiti concessi ai trasudati (1018). A reazione eseguita ho sempre minuziosamente controllato la diagnosi clinica con il dato anatomo-patologico, scartando senz'altro quei casi in cui era evidente un processo infiammatorio delle sierose o per altra ragione dubbio il puro fatto trasudatizio. Ho cercato di evitare in tal modo i casi in cui, come Rivalta e gli osservatori successivi hanno dimostrato, al semplice processo meccanico trasudatizio iniziale potevano essersi aggiunti fatti infiammatori, cambiando così totalmente la fisionomia alla raccolta liquida.

In questo gruppo dunque i liquidi cadaverici erano esaminati al di là delle 24 h. regolamentari per la sezione di un cadavere.

Nel seguente specchietto riporto i casi osservati, con la diagnosi anatomo-patologica e la risposta alla Rivalta accanto a dati collaterali. (Vedi Tabella).

Da quanto è esposto nello specchietto si potrebbe passare subito alla conclusione della ineseguibilità della reazione con liquidi cadaverici. Ma prima di sì brevemente concludere

Au. N°	Diagnosi	Liq. es.	Colore	Ps.	Rivalta
» 209	Idrope generale in tbc. ulcero-cavernosa.	toracico	giallo liev. torbido	1012	++
» 349	Cirrosi volgare - ascite	ascitico	giallo arancione limpido	1011	++
» 363	Idrope generale in linfosarcomatosi.	toracico	giallo arancione liev. torbido	1009	+++
» 471	Arteriosclerosi renale, miocardosi	toracico	giallo limpido	1010	++
» 476	Endocardite, miocardite, anasarca.	ascitico	giallo torbido	1009	+++
» 500	Cancro scirroso testa pancreas	ascitico	giallo carico torbido	1014	+++
» 527	Asistolia anasarca	pericardico	giallo arancione liev. torbido	1015	+
» 530	Arteriosclerosi renale miocardite	toracico	giallo carico liev. torbido	1010	++
» 531	Cirrosi epatica ascite	ascitico	giallo tenue liev. torbido	1010	+++
» 548	Insufficienza miocardica	toracico	arancione torbido	1008	+++
» 556	Cirrosi volgare	ascitico	giallo arancione liev. torbido	1010	++
» 572	Asistolia anasarca	ascitico	giallo liev. roseo, liev. torbido	1016	++
» 610	Endocardite lenta scompenso	toracico	giallo arancione carico liev. torbido	1014	+++
» 610	Endocardite scompenso	scrotale (edema	giallo citrino liev. torbido	1010	+
» 613	Endocardite scompenso	ascitico	bianco orzata limpido	1004	+++

Nella valutazione della Rivalta mi sono attenuto alla comune espressione di +; ++; +++; a seconda della intensità della reazione.

Le autopsie riferite sono state tutte eseguite nel 1939.

riferisco il caso della Rivalta Au 556 che mi ha spinto ad altre indagini.

Ho avuto la fortuna di possedere il liquido ascitico di questo individuo prima della morte (24 h. circa), avvenuta improvvisamente per ematemesi. Il liquido ascitico giallo arancione limpido prelevato in vita era a Rivalta nettamente negativa ed a peso specifico 1009; quello preso a 24 h. dall'obitus, 1010, di color giallo aranciano lievissimamente torbido, la Rivalta positiva (2 +).

La torbidità mi ha spinto ad indagare se eventuali inquinamenti batterici non fossero essi la causa del passaggio alla positività della reazione.

D'altronde le cause di mutamento alla prova non potevano essere che così inquadrate: o modificazioni chimiche dei liquidi indipendentemente da ulteriori apporti attraverso le pareti sierose per inquinamenti batterici; trasudazioni post-mortali attraverso i vasi ematici e linfatici o dalle pareti stesse; sfaldamento e disfacimento di mesoteli.

Ho voluto innanzi tutto sincerarmi se inquinamenti batterici comportassero modificazioni di ordine chimico capaci di alterare la reazione sì da portarla rapidamente dalla negatività alla positività.

Mi sono pertanto servito di un liquido ascitico giallo citrino limpido ps. 1011 a Rivalta negativa prelevato sterilmente in vita da un cirrotico e lo ho disposto in tre provette alle seguenti condizioni: una provetta fu lasciata alla temperatura ambiente con possibilità di inquinamento batterico; una seconda provetta pure alla temperatura ambiente ma in condizioni di asetticità ed infine una terza provetta in ghiacciaia pure in istato di asetticità. Il risultato di queste ricerche è stato che il liquido messo in condizioni di inquinamento si è con una certa rapidità intorbidito e la Rivalta da negativa è passata in circa 30 [illegible]

tive sono invece rimaste le reazioni con i liquidi delle altre due provette, mantenutisi costantemente limpidi. Ho potuto ancora osservare che l'inalbamento a fumo di sigaretta tipico degli essudati nell'acqua acidulata provocabile con il liquido torbido della prima provetta era visibile usando acqua fontis non acidificata.

Adunque, era la positività legata alla torbidezza del liquido od a qualche altro fattore? e la torbidezza all'inquinamento batterico?

Ho risolto rapidamente la questione filtrando il liquido intorbidito attraverso candele Berkefeld. Esso è ritornato rapidamente limpido non solo ma anche a Rivalta negativa.

I germi adunque erano la causa della torbidità e nessun mutamento chimico era avvenuto nelle sostanze componenti il trasudato e la Rivalta, tolta la modificazione fisica, ridonava la primitiva risposta.

Ho applicato allora la medesima ricerca sui liquidi cadaverici ed usando il liquido toracico sicuramente trasudatizio (Au 610, liquido giallo arancione carico a ps. 1014 liev. torbido) di un giovane di 20 anni morto per endocardite con grave scompenso in istato anasarcatico.

La Rivalta eseguita sul liquido appena estratto dava 3 + di positività.

La filtrazione attraverso Berkefeld mi ha dato un liquido limpido senza però modificazione notevole nella Rivalta (2 + invece di 3 +); negativo al contrario divenne il mescolamento di esso con acqua pura.

Ho eseguito la stessa ricerca con liquido scrotale (edema) (Au. 610, ps. 1010) col medesimo risultato ed identiche risposte mi hanno dato altri liquidi (Au. 572).

Faccio presente che in tutte queste osservazioni i liquidi erano prelevati dal cadavere al di là della 24 h. dall'obitus.

Nel cadavere adunque accanto al fattore inquinamento batterico deve avverarsi qualche altra modificazione di ordine chimico certamente identificabile con fenomeni trasudatizii post-mortali attraverso vasi sanguigni e linfatici ampiamente pervii a micelle colloidali; a desquamazioni e disfacimenti mesoteliali sì che si viene rapidamente modificando quella percentuale di globuline alle quali, secondo le vedute di Rivalta e di altri AA., è legato il fenomeno della nubecola in ambiente debolmente acetico di liquido a carattere essudatizio.

Mi son posto inoltre il seguente problema: a che distanza dalla morte il liquido a carattere trasudatizio modifica la propria costituzione sì da presentare reazione di Rivalta positiva? Per dare una esauriente risposta avrei dovuto esaminare numerosissimi cadaveri ed i liquidi rispettivi ad ore diverse dalla morte e credo poi che alla fine i dati sarebbero variati da cadavere a cadavere per i molteplici fattori interessati nel meccanismo (causa di morte, temperatura ambientale, stato dei visceri e delle sierose, età, ecc.); ciò nonostante ho voluto esaminare di due cadaveri (Au. 647, decesso per endocardite e scompenso, Au. 659, morto per cirrosi volgare) i rispettivi liquidi alla distanza di 8-10 h. dall'obitus.

Si trattava di liquidi già intorbiditi per la presenza di batteri a ps. rispettivamente 1010, e 1009 giallo roseo il primo, giallo a sfumatura verdastra il secondo e che rifatti limpidi mediante filtrazione per Berkefeld mi hanno dato Rivalta negativa. Ripetuta la prova a 24 h. di distanza con gli stessi liquidi prelevati però nuovamente dai cadaveri e filtrati, la reazione acetica è rimasta persistentemente positiva.

Le ricerche precedenti sono sufficienti per permettermi le seguenti conclusioni:

1) la Rivalta eseguita con liquidi trasudatizii cadaverici è positiva;

2) può presentarsi talvolta negativa se praticata a brevissima distanza dall'obitus previa però filtrazione del liquido per candela;

3) le cause dell'alterazione rapida dei liquidi sono da ascriversi ad inquinamenti batterici, eliminabili però con filtrazione, a fenomeni di trasudazione albuminosa e di desquamazione mesoteliale.

RIASSUNTO.

L'A. ha eseguito la reazione di Rivalta con liquidi trasudatizii cadaverici ottenendo positività dopo 24 h. dall'obitus.

Discute le cause di questa modificazione.

BIBLIOGRAFIA.

CASANOVA. *Essudati e trasudati (Diagnosi differenziale - patogenesi)*. Diagnostica e tecnica di laboratorio, pag. 377, 1931.

DE VECCHI. *Tecnica e diagnostica delle autopsie.* Vallardi 1928.

RIVALTA. *Su di una nuova reazione per la diagnosi differenziale fra essudati e trasudati.* Riforma Med., 1895.

ID. *Sulla natura delle sostanze che precipitano alla speciale prova coll'acqua acetica che serve a differenziare gli essudati dai semplici trasudati.* Policlinico, Sez. Prat., 1904.

ID. *Sulla diagnosi differenziale fra essudati e trasudati mediante la prova dell'acido acetico diluitissimo.* Policlinico, Sez. Med., 1905.

ID. *Principio fondamentale della prova per la diagnosi differenziale fra essudati e trasudati.* Policlinico, Sez. Prat., 1929.

Volume in memoria del prof. F. RIVALTA. Faenza ed. Fratelli Lega, 1939.

NOTE E CONTRIBUTI

SANATORIO VALLESANA DI SONDALO.

Alcune considerazioni su un caso di pneumotorace extra pleurico chirurgico.

Dott. DONATO GIAQUINTO, direttore.

Lo studio del pneumotorace extrapleurico in questi ultimi tempi è stato ripreso con maggiore lena sia ad opera di autori italiani che stranieri. Le modalità di istituzione del pneumotorace extrapleurico per via medica ci provengono dagli studi del Rotta, da alcuni tentativi di Castelli, nonchè dall'Omodei-Zorini, che possiede una delle migliori casistiche mentre quelli per via chirurgica sono stati ripresi in questi ultimi anni maggiormente da autori stranieri Greef, Schmidt, Maurer, Gilbert, Hautefeuille; mentre in Italia si conoscono alcuni tentativi isolati fatti da Zorzoli, Radaelli, Jachia, e qualche altro.

I primi interventi risalgono al Tuffier nel 1891 seguito da Rieckenberg e da Nissen per quanto quest'ultimo in cinque casi sia riuscito a mantenere una bolla gassosa solo per qualche settimana.

Particolarmente interessante è la tecnica seguita da Schmidt che si distacca da quella di Greef in quanto a differenza di questi che lascia in sito un catetere per i rifornimenti e le evacuazioni delle sierosità ematiche, egli, procede invece alla completa sutura della breccia operatoria.

Entrambi gli autori nella maggior parte dei casi finiscono coll'istituire un oleo pneumotorace. Non va dimenticato che questo tentativo fu già attuato da Zandonini fino dal 1933.

In una brillante trattazione dell'argomento Mario Radaelli nell'ultimo Congresso di Carbagnate precisava le indicazioni di quest'intervento legate sopratutto alla maggiore possibilità del mantenimento della bolla gassosa individuando i casi in cui « lo scollamento parenchimale riesce della maggiore ampiezza e che riguardano lesioni non ampiamente cavitarie, centro apicali, e subapicali, recenti, torpide, sicuramente sinfisate od anche esiti subattivi e sinfisati di pneumotorace o forme limitate a tendenza produttiva o fibrosa con lesioni moderatamente evolutive ».

Ho voluto sottoporre a tale procedimento chirurgico nel Sanatorio di Vallesana un'ammalata di cui riporto la storia:

C. Luisa Teresa di anni 43, nubile, di professione governante, entrata in Sanatorio il 15 maggio 1939. Padre morto a 62 anni per broncopolmonite influenzale; madre vivente e sana, due fratelli godono buona salute.

Anamnesi personale remota. Nata a termine da parto eutocico ebbe allattamento mercenario. Nell'infanzia morbillo. Prima mestruazione a 12 anni, successive regolari per ritmo e quantità, modicamente dolorose. Nel 1919 influenza; durante tale malattia lieve emottisi. In seguito è stata sempre bene quantunque gracile ed astenica.

Anamnesi personale recente. Nell'inverno 1934 la paziente cominciò a notare astenia, dimagramento, tosse. Nell'estate si recò al mare ove i suoi disturbi si accentuarono per cui si trasferì in campagna ottenendo una discreta ripresa nelle condizioni generali.

Nell'inverno 1935 di nuovo malessere generale. Tosse con molto escreato. Praticato un controllo radiologico venne riconosciuta affetta da tubercolosi polmonare del lobo sup. di destra, per cui il 27 maggio 1935 si ricoverò nel Sanatorio di Carreggi in Firenze. Qui è stato subito tentato un Pnx terapeutico a destra con esito infruttuoso. Il 10 luglio 1935 fu trasferita al Sanatorio di Miazzina dove è stato ancora tentato il Pnx con esito negativo. Nell'ottobre 1935 ha subito un intervento di frenico exeresi a destra, dal quale la paziente non si è affatto avvantaggiata. Nel dicembre 1935 riattivazione evolutiva del processo con tosse insistente, espettorato abbondante, febbre (38°). Migliorò nel giugno 1936, in seguito a riposo assoluto e cure ricostituenti. Nel gennaio 1937 ancora ripresa evolutiva del processo tubercolare; per cui venne proposto un intervento di torocoplastica che la paziente rifiutò.

E' migliorata nel maggio 1937 ed è stata bene sino al settembre 1938, epoca in cui è stata trasferita nel Sanatorio di Pratolino presso Firenze.

Inviata a casa riebbe ancora una riattivazione della lesione per cui fu mandata nel nostro Sanatorio climatico.

Stato soggettivo all'ingresso. La paziente è astenica, ha tosse continua con abbondante espettorato (100 cc. circa) dolori diffusi all'emitorace destro, temperatura subfebbrile premestruale. Pesa Kg. 51,300. Torace di forma cilindrica; scapole alate — angolo epigastrico acuto — fosse *Cl* evidenti. In *Scl* e *Sp* di destra respiro soffiante con rantoli bollari di alta tonalità. Wintrich presente a destra in *Cl.*

Nulla di patologico a carico degli altri organi e sistemi. Urine normali. La ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato è positiva (+++).

Velocità di sedimentazione con il Metodo di Westergreen: 1ª ora 25 mm.; 2ª ora 45 mm.

Capacità vitale respiratoria 1500. Pressione arteriosa al Riva Rocci $\frac{135}{65}$.

Esame del sangue. Emoglobina 85; globuli rossi 4.280.000; globuli bianchi 10.400; valore globulare I.

Formula leucocitaria. Neutrofili 60, eosinofili 5, basofili 0, monociti 5, linfociti 30.

Schema di Arneth

1	2	3	4	5	
7	47	33	13	0	deviazione a sinistra.

Diagnosi. Tbc. fibrocavitaria del lobo superiore destro.

Dopo tre mesi di degenza in Sanatorio in cui la paziente ha praticato le comuni cure sanatoriali e ricostituenti, le condizioni generali migliorano mentre restano invariate quelle polmonari.

Si decide l'intervento di Pnx. extra pleurico chirurgico ed il 20 luglio 1939 la paziente viene operata (operatore Prof. Zandonini) con resezione di un tratto della quarta costola posteriormente a destra. Lo scollamento della loggia anteriore e posteriore riesce con facilità mentre laborioso si presenta il distacco dell'apice per presenza di grossi cordoni quasi tendinei che vengono resecati a colpi di forbici guidati dall'ottica. Sutura della breccia operatoria. Verso sera si immettono nella cavità artificiale 200 cc. di gas lasciando le pressioni espiratorie finali attorno allo zero, indi i rifornimenti vengono eseguiti ogni giorno fino ad ottenere un'ampia bolla a guisa di Pnx. elettivo con presenza in medio torace di una massa opaca omogenea a limite superiore definito e riferibile a raccolta siero-ematica. Decorso postoperatorio normale.

In decima giornata compare un quadro clinico sostenuto da temperatura sui 38° e consistente in vomiti alimentari, nausee, formicolii alle estremità, senso di vertigine in posizione seduta. Ravviso trattarsi probabilmente di disturbi da iperazotemia. Tale difatti risulta alla prova di Ambard (0,59 ‰). Mi decido ad estrarre la raccolta dell'essudato siero ematico che peraltro ai controlli radiologici si presentava non molto abbondante. Insisto sopratutto per una completa detersione del cavo mediante lavaggi di soluzione citratata sterile. Questo procedimento mi ha consentito di evitare formazioni di frustoli da sangue coagulato.

Dopo tale trattamento i disturbi dianzi accennati rimettono del tutto e la paziente prosegue nel regime curativo e dietetico appropriato.

Mi prometto di ritornare più ampliamente su tale episodio stante che esso rappresenta una delle ragioni principali che mi ha deciso per l'illustrazione del caso.

I risultati immediati del costituito Pnx. extra pleurico chirurgico della nostra paziente sono buoni in quanto si assiste a una ripresa nelle condizioni generali, alla scomparsa della temperatura subfebbrile e sopratutto dell'espettorato ridotto a 8/10 cc. pro die che però risulta ancora positivo.

I rifornimenti si susseguono periodicamente riuscendo a mantenere una buona bolla gassosa per circa 3 mesi. Dopo tale epoca si comincia a notare una sensibile riduzione di essa nonostante gli sforzi compiuti per mantenerla efficiente.

Penso di servirmi del metodo Parodi per costituire un Pnx. perpetuo da diffusione e senz'altro aspiro dal cavo 300 cc. di gas portando le pressioni che inizialmente erano di + 30 a — 15; reinietto circa 250 cc. dello stesso gas estratto e raggiungo le stesse pressioni positive iniziali.

Alla osservazione continua noto che sempre più la bolla va riducendosi perdendo la capacità di ricevere altro gas. Allo scopo di salvare il collasso costituisco senza frapporre altri indugi un oleotorace.

L'interesse del caso da me descritto va notato sotto due aspetti:

1) L'episodio iperazotemico intercorso.

2) Il tentativo purtroppo infruttuoso della costituzione di un Pnx perpetuo da diffusione di Parodi.

Ascrivo senz'altro a me la colpa dei due insuccessi. Noto difatti che in questi ultimi anni sono state descritte iperazotemie più o meno transitorie da emorragie gastro-intestinali, intraperitoneali, da epistassi deglutita (Campanacci), iperazotemie che sarebbero dovute al riassorbimento massivo delle proteine ematiche. Il Campanacci dice: « ricerche recenti però tenendo conto della sproporzione esistente tra entità delle emorragie ed entità e durata della iperazotemia che ne deriva, tendono a dimostrare che l'iperazotemia segue almeno in maniera imponente e prolungata solo a quelle emorragie che intervengono con un rene funzionalmente deficiente per il quale il sangue deglutito rappresenterebbe una specie di prova funzionale di carico ».

Non ho eseguito prima dell'intervento sul torace particolari prove per saggiare la funzionalità renale dell'inferma e non posso quindi comprovare la suesposta tesi, penso però che l'episodio iperazotemico da riassorbimento di proteine ematiche sia dovuto piuttosto alla prolungata persistenza del sangue nel cavo artificiale, azione massiva e continuativa; per cui credo consigliabile l'allontanamento di esso dopo le prime 48 ore dall'intervento qualunque ne sia l'entità.

Circa il tentativo della costituzione di un Pnx perpetuo da diffusione di Parodi ritengo di averlo attuato con ritardo.

Occorre risalire per rendersi esatto conto del fenomeno alla spiegazione che ne dà il Parodi stesso. Egli sostiene che per la realizzazione del fatto deve intervenire attraverso il meccanismo dell'aspirazione un richiamo di aria dagli alveoli per cui la tensione di questi diventa minore. Se si tien conto che le due superfici cruentate dall'intervento operatorio presentano in prosieguo di tempo una ganga connettivale è chiaro che questa impedisce non solo di mantenere la bolla pneumotoracica ma costituisce una seria barriera che rende impossibile sollecitare con qualsiasi manovra aspirativa aria dagli alveoli e modificare il neurotono polmonare.

Questa mia osservazione mi deriva dalla constatazione dell'efficacia di questo metodo da me attuato a Vallesana su alcune inferme in corso di trattamento di Pnx endopleurico.

Aggiungo ancora di più: tale metodo mi è servito a dominare alcune cavità che per lunghi mesi rimanevano persistentemente beanti benchè trattate con sempre nuove insufflazioni di gas anche a pressioni fortemente positive. In due casi ho aspirato l'intera quantità del gas preesistente reiniettandone una quantità minore e ho visto scomparire le due caverne; per lungo tempo non ho più rifornito le inferme.

Il fenomeno è spiegabile laddove si pensi alla eliminazione di uno stato enfisematico ipertrofico endoalveolare pericavitario che manteneva una accentuata tensione neutralizzan-

do l'azione compressiva del gas e la capacità retrattile polmonare.

Potrebbe però venire invocata a mio parere ancora un'altra ragione quella cioè della modificazione del bronco di drenaggio.

Tratterò più ampiamente tale argomento in altro mio lavoro in corso di elaborazione; per ora mi limito ad invocare per le caverne persistentemente beanti in trattamento di Pnx, la presenza di un bronco di drenaggio a valvola che mentre consente l'insufflazione della cavità ed il suo ampliamento esclude la possibilità dell'eliminazione dell'aria (caverne insufflate). Praticando una distensione del polmone collassato e ricostituendo il Pnx possono venirsi a modificare le vie bronchiali di drenaggio e scomparire le caverne.

RIASSUNTO.

L'A. da un caso di pnx extrapleurico che illustra trae delle considerazioni di ordine pratico inerenti il trattamento della raccolta siero-ematica post-operatoria ed al mantenimento della bolla gassosa.

BIBLIOGRAFIA.

Omodei Zorini A. *Considerazioni patogenetiche su di un caso eccezionale di pneumotorace extra pleurico e sul pneumotorace radiologicamente opaco.* Boll. e atti della R. Acc. Medica di Roma, (1932).

Omodei Zorini A. *Sui vari metodi di pneumolisi chirurgica e medica e di Pnx. extrapleurico nella terapia della tubercolosi polmonare.* Riv. di Pat. e Clinica della Tubercolosi, n. 9, 1939.

Zandonini. *Oleotorace extrapleurico in sostituzione del piombaggio con paraffina.* Riv. di Pat. dell'apparato respiratorio, n. 2 1933.

Schmidt. *Le pneumotorax extrapleural.* Revue de la tuberculose, n. 10, 1937.

Rotta. *Rilievi anatomici e clinici sul pneumotorace extrapleurico.* Minerva Medica, n. 43, 1936.

Lefevre, Gau e Schmidt. *En marge du Pnx extrapleural medical: le sufflage des adhérences.* Rev. la tbc., n. 2, 1938.

Hautefeuille e Dreyfus-le-Foyer. *A propos de la teknique du Pnx extrapleural.* Rev. Tbc., n. 3, 1938.

Maurer A. *Riflessioni sulla comunicazione del dottor Schmidt.* Revue de la tubercolose, n. 10, 1937.

Gilbert. *A propos du Pnx extrapleural.* Bul. et mém. de la société médical de Passy, ottobre 1937.

Radaelli Mario. *Contributo al pneumotorace extrapleurico chirurgico.* Arch. di Med. e Chir., n. 6, 1939.

Parodi. *Sul pneumotorace perpetuo da diffusione.* Atti e Memorie della Soc. Lombarda di Chir., Vol. IV, n. 8.

Lugacer Bruno. *Sul pneumotorace perpetuo da diffusione di Parodi.* Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi, n. 4, 1937.

Omodei Zorini A. *Sugli interventi chirurgici dell'apice polmonare.* Annali dell'Istituto C. Forlanini, n. 2, 1937.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale di S. Spirito in Sassia - Roma.
Chirurgo primario: prof. G. Egidi.

Contributo clinico alla conoscenza della invaginazione haustra-cecale.

Dott. Rosario Grasso, libero docente, aiuto chirurgo negli Ospedali Riuniti di Roma.

Riferirò brevemente un caso personale di invaginazione haustra-cecale allo scopo di contribuire a far conoscere questa affezione che, sebbene apparentemente rara, ha pure un certo interesse nella chirurgia d'urgenza.

Ernesto U., a. 14, da Roma.

Il 31 ottobre 1937 entra d'urgenza in ospedale, alle ore 9, con diagnosi di appendicite acuta.

Racconta che la sera precedente, in pieno benessere, era stato colpito da improvvisi e modici dolori a tutto l'addome, non febbre, non vomito.

Dopo qualche ora i dolori si erano attenuati ed il paziente aveva riposato tutta la notte.

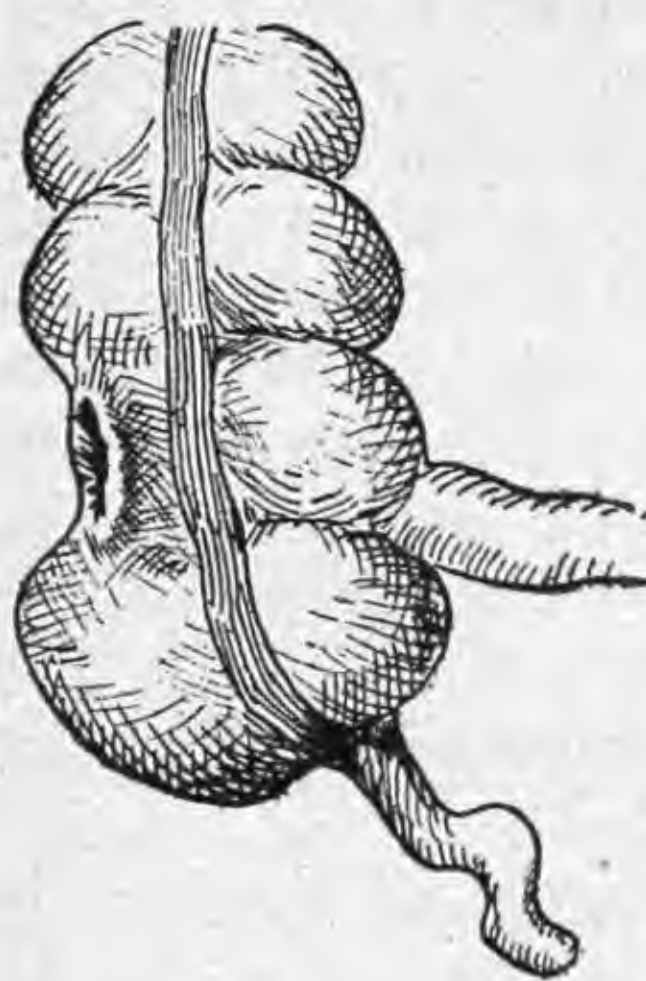
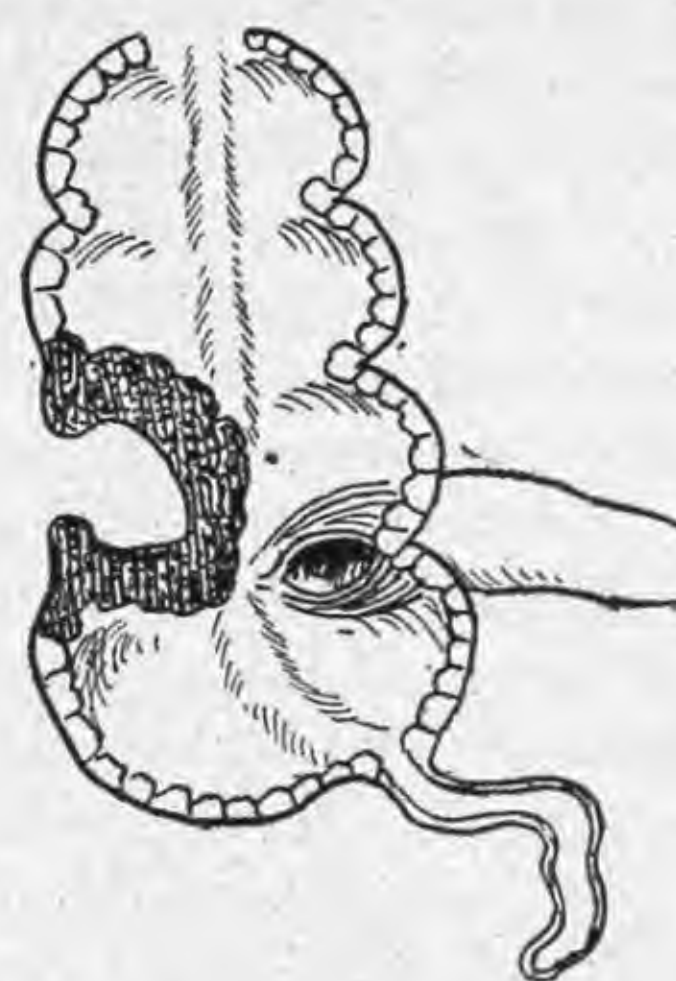



Fig. 1. Fig. 2.

Vista dall'esterno (schematica).
In sezione longitudinale (schematica).

Alle 6 del mattino i dolori addominali erano ricomparsi dapprima a tipo diffuso e poi localizzati alla fossa iliaca d.; era sopravvenuto vomito, non febbre. L'anamnesi remota era negativa.

Al nostro esame presenta: addome pianeggiante mobile cogli atti respiratori; dolente la fossa iliaca d. specie il punto di Mac Burney ove si apprezza lieve contrattura e si provoca modica difesa; Blumberg presente nel q. i. d.; Rowsing presente.

Temperatura afebbrile 36°.

Condizioni generali ottime; polso buono; negativo l'esame degli altri apparati.

Si conferma la diagnosi di « colica appendicolare » e si opera.

Operazione d'urgenza (Grasso): eterenarcosi; Mac Burney; l'appendice è libera e d'aspetto normale, leggermente iperemica alla base; estrinsecato il cieco si trova che la sua seconda haustra è invaginata a dito di guanto dentro il cieco (vedi fig. 1-2).

Con la pinza si riesce facilmente ad afferrare l'haustra invaginata ed a svaginarla.

Questa appare molto spessa, pallida, edematosa, d'aspetto gelatinoso, con qualche picchiettatura emorragica ed alla palpazione lardacea.

Il cieco non è mobile nè dilatato; l'ultima ansa ileale è normale.

Si completa l'operazione con l'appendicectomia e la ciecopessia. Chiusura completa; guarigione p. p.

Trattavasi quindi di una tipica e recente *invaginazione haustra-cecale* o *parziale* o *parietale del cieco* che, pubblicata per primo, a seguito di un caso personale, da Kyjovsky di Presburgo nel 1925, si è poi arricchita di altri 11 casi.

Di questi 3 casi sono stati pubblicati in Italia 2 da Rizzo ed 1 da Angeli e 7 da AA. Giapponesi.

Se si pensa inoltre che più casi appartengono al medesimo autore, è logico concludere che l'affezione *non debba essere tanto rara*.

Anatomicamente dunque si tratta di una invaginazione laterale del cieco (cieco in senso clinico); una haustra, la 1ª, la 2ª o la 3ª si invagina a dito di guanto dentro al cieco, tra tenia anteriore e postero-laterale.

Nell'invaginazione della 1ª haustra può coesistere invaginazione parziale dell'appendice.

Il tratto invaginato va incontro ai noti disturbi di circolo sino alla cancrena, causando una sindrome acuta della fossa iliaca d. impossibile a distinguersi dalla colica appendicolare.

A favore dell'invaginazione haustra-cecale starebbero: l'inizio brusco accompagnato da fenomeni occlusivi; l'assenza di febbre, la palpazione precoce di una tumefazione cilindrica e dolente alla fossa iliaca d.

Ma si tratta di sfumature e di sintomi che possono tutti mancare.

Rizzo nel suo 2° caso sospettò l'affezione per la mancanza di febbre e per la lieve difesa e « perchè era rimasto colpito dal 1° caso ».

Del resto tale diagnosi differenziale non ha valore pratico, trattandosi di affezioni che richiedono entrambi l'operazione d'urgenza.

Il caso poi di Max Köhler attesta come tale affezione può causare una sindrome di sub-occlusione cronica.

Si trattava di una p. di 60 a. che sei mesi prima aveva avuto lieve dolore al basso ventre e stipsi e che si presentò al chirurgo con ventre teso, vomito, alvo chiuso, enterorragia e presenza di tumefazione palpabile alla fossa iliaca d. Operata con diagnosi di invaginazione ileo-cecale, fu trovata l'invaginazione della 2ª haustra con infiltrazione secondaria del cieco.

In nessuno dei casi pubblicati è stata eseguita l'indagine radiologica preoperatoria, data l'urgenza della sindrome.

D'accordo con Angeli penso che la radiologia potrebbe diagnosticare o almeno sospettare l'invaginazione haustra-cecale in base alla deformazione della parete cecale. Ma ciò va detto in via teorica.

Nei due casi di Zahradnicky, in cui all'apice dell'haustra invaginata s'impiantava un tumoretto come una susina, la patogenesi è chiara.

Negli altri casi si parla di *una contrazione spastica localizzata del cieco* (Rizzo) a determinare la quale possono variamente influire fattori costituzionali, psichici; condizioni locali infiammatorie diffuse o localizzate, estra od intracecali (Angeli) tumorali o traumatiche.

Come condizioni predisponenti sono state citate: la giovane età, il cieco mobile e tutte le altre alterazioni anatomiche del cieco e del suo meso.

La cura eseguita nei casi pubblicati è stata: 1 volta la disinvaginazione combinata ad ileo-trasversostomia latero-laterale (Köhler); 1 volta la resezione del cieco combinata ad ileo-trasversostomia latero-laterale (Kyjovsky); 6 volte la semplice disinvaginazione combinata ad appendicectomia e cecopessia (Sasaki e Kim, Angeli, Zahradnicky); 2 volte l'emicolectomia destra per la coesistenza del tumore nell'interno dell'haustra invaginata (Zahradnicky), 2 volte la disinvaginazione combinata a cecopessi ed appendicectomia previa sezione di una tenia cecale (Rizzo).

In uno di questi ultimi due casi l'operatore, avendo dubbi sulla vitalità dell'haustra svaginata, la riaffondò nel cieco con punti alla Lembert.

Tutti i casi pubblicati sono venuti a guarigione; nessuno è recidivato.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso da lui operato di invaginazione haustra-cecale, clinicamente presentatosi come colica appendicolare acuta.

BIBLIOGRAFIA.

1) ANGELI A. *L'invaginazione haustra-cecale.* Arch. Ital. Chir., vol. XXXVII, n. 4, 1934.
2) KYJOVSKY M. *Intussuszeption des Coecum.* Bratislavské lekàrske listy, IV, n. 10, 1925; vedi anche Zbl. f. Chir., n. 13, 1926.
3) KÖHLER M. *Ein Fall von partieller Invagination des Coecum.* Zbl. f. Chir., n. 33, 1931.
4) RIZZO G. *Le invaginazioni di una haustra del cieco.* Policlinico, sez. prat., n. 21, 1933.
5) SASAKI e KIM. *Drei Fälle von partieller Coecumwandinwagination.* Zbl. f. Chir., n. 47, 1932.
6) ZAHRADNICKY. *Laterale coecuminvagination.* Rozhledy chir. a gynaekol. Jg. 5, H 3, 1927, recensito in Zorg. Baud XXXVIII, 1927.

P. S. — Durante la correzione delle bozze son venuto a conoscenza di un altro caso pubblicato da Greco A. in « Clinica Chirurgica, n. 10, 1937.

COMMEMORAZIONI

EDOARDO MARAGLIANO

Per venerare la memoria del compianto Sen. Maragliano, Decano dei Clinici Italiani, pubblichiamo la commemorazione fatta dal prof. LUIGI FERRANNINI, *direttore della R. Clinica Medica di Bari.*

Riprendiamo le lezioni in profonda mestizia: è oggi il trigesimo della morte di EDOARDO MARAGLIANO! Con Lui noi abbiamo perduto il Maestro, la guida magnifica, l'esempio splendido, cui tutt'i giorni nella scuola di Clinica medica solevamo inspirarci. Voi, che L'avete visto ascoltato ammirato ed applaudito, in quest'aula tre anni fa, L'avete certo amato come L'ho amato e venerato io; perchè era un Maestro insuperabile, forse anche impareggiabile, per il fascino che esercitava, per l'attività prodigiosa, per l'entusiasmo giovanile ad onta di tutti i giubilei, per la generosa completa dedizione alla Scuola.

Non uomo sopravvissuto o superato ma elemento ancora di realtà vivente e palpitante, mentre avrebbe potuto placidamente godersi un più che meritato ed onesto riposo, Egli, con la tenacia di chi sa operare anche con sacrifizio nella vita concreta, ha proseguito instancabile nella Sua attività singolarmente operosa e mirabilmente creatrice indagando e diffondendo i fatti da Lui prima assodati a gloria d'Italia e per il bene dell'Umanità, senza badare a disagi e senza poter sperare premi naturali o benefizi personali profondendo generosamente tesori di energie fin'oltre i 90 anni, sino alla vigilia della morte: mercoledì 6 marzo ha fatto ancora lezione quantunque febbricitante, al ritorno s'è coricato per influenza, nelle primissime ore del 10 è morto, quando a Roma l'attendevano per la cerimonia a Lui tanto cara della giornata delle due Croci ed al posto suo deponevano un fascio di fiori.

Per Lui veramente gli anni erano unità di misura del tutto convenzionale, che incidevano lentissimamente e lievemente sul corpo ma non scalfivano affatto lo spirito. Stupefacente giovane-vecchio, che, conservando lucidissima la mente intatta la memoria tenace la volontà, avrebbe potuto ripetere con Giuseppe Parini: « Gli anni? Che contano! Si ha solamente l'età della testa e del cuore. E in me cuore e testa hanno oggi 20 anni ». Vi sono, infatti, giovani vecchissimi e vecchi giovanissimi. Molti quando nascono hanno già molti anni, e vivono senza un ardimento senza una ambizione, senza un entusiasmo, senza un affanno, senza un palpito, senza un pensiero nuovo, senz'alcuna capacità di adattamento; vivono a mala pena, muti e chiusi come un palazzo in cui si è a lutto, come una vedova che non voglia esser consolata, come una triste palude di acquitrini e sterpi in cui vivono solo zanzare malarigene sotto una pesante grigia coltrice di umidità; eterni schiavi dell'accidiosa pigra, viscida, letargica consuetudine, depongono poi — se le hanno mai brandite — le armi di lotta anche prima dei sessant'anni senza un sorriso senza un rimpianto per la vita e la natura bella e generosa.

Maragliano era perfettamente il contrario: volontà di ferro ed entusiasmo inestinguibile.

L'ho visto per l'ultima volta tre mesi fa, due mesi prima che morisse, a Genova nel suo studio, alacre e solerte, appena di ritorno da Roma e già in procinto di rimettersi in viaggio, con sempre nuovi propositi di studio e di insegnamento. Ne ho avuta la solita accoglienza premurosa espansiva, tanto più cordiale per me, che, pur non avendo avuto da Lui mai « nulla di positivamente utile » com'Egli diceva, Gli ero rimasto sinceramente e devotamente attaccato, anche più di quanto molto ne avrei potuto sperare. Egli mi aveva scritto una volta che le mie non erano « cortesie convenzionali, ma sollecitudini affettuose quali un figlio amoroso avrebbe per il proprio padre ».

Nella scorsa estate a Siena ed a Genova — ov'era nato il 1° giugno 1849 —, per il suo 90° compleanno Gli si son rese solenni spontanee cordiali onoranze — vero inno all'immortalità dello spirito e del bene —, attestanti la simpatia la devozione ed il fascino che Lo circondava; ed Egli, vegeto e gagliardo, fiaccola eterna del bene, nell'aula e nell'ambiente che Gli ricordavano i più bei giorni della vita di attività e di fede, ha detto: « Non crediate che io interpetri que-

sti vostri complimenti, queste vostre cortesie, come un consiglio a smettere di lavorare e a riposare. Io non lo farò mai, finchè potrò e finchè Dio mi darà la potenza l'intelligenza di farlo. Lavorerò volentieri, e sarò lieto di poter lavorare col concorso di quelli che saranno con me ».

Voi L'avete sentito qui il 4 dicembre 1936 parlare con la Sua abituale spigliatezza di dizione, chiarezza e precisione di forma, freschezza ed acutezza di pensiero, come un giovane, in quest'aula già da Lui inaugurata e consacrata.

Otto anni prima era venuto a trovarmi a Cagliari, ed il 5 marzo 1929 io avevo avuto la gioja di farlo parlare dalla cattedra, che Egli aveva vinto ed ottenuto nel 1880 ed in cui ero fiero di essere un Suo successore, e di presentarGli l'omaggio devoto dei Suoi allievi sardi, Suoi figli spirituali, che per cinquant'anni Lo avevano atteso contenti di avere una parte dell'epilogo invece del prologo della Sua opera alta e magnifica. « Con i miei 80 anni », Egli mi aveva scritto, poichè e finchè sto bene, mi sono imposto una specie di apostolato. Se si riuscisse a far penetrare i medici delle verità acquisite, che capovolgono le vecchie dottrine delle malattie tubercolari; se si riuscisse a persuaderli di riconoscerle quando nascono, quanti sarebbe i tubercolosi malati di meno!!! ». Era il preambolo della campagna per la diagnosi precoce.

Il 26 giugno 1924 nella Sua magnifica lezione di commiato dalla cattedra di Clinica medica, che aveva tenuto per 43 anni, aveva detto: « Poichè, la Dio mercè, sento ancora vive le energie fisiche ed intellettuali che mi accompagnarono fino ad ora, voglio che esse continuino, finchè dureranno, a servire la cultura medica italiana in una libera scuola da me istituita... In essa, fornita di tutti i mezzi all'uopo necessari di clinica e di laboratorio, saranno continuate le ricerche e le indagini che furono la passione ed il tormento della mia vita, e saranno continuati gl'insegnamenti che una assai lunga esperienza mi permetterà d'impartire. Così facendo intendo di assolvere il dovere che tutti abbiamo, finchè lo possiamo, di mettere in comune per il bene di tutti ciò che abbiamo potuto imparare col concorso di tutti. Non comprendo, non ho mai compreso, l'ozio, finchè Dio ci mantiene le forze e ci concede la gioja del lavoro: questa gioja suprema dell'uomo civilizzato e cosciente della sua missione sulla terra ».

Auree parole, severo monito di un instancabile e glorioso vegliardo a chi si dichiara stanco per le fatiche che non ha ancora fatte ed ha solo immaginate, sospira il compimento dei sacramentali 24 anni 6 mesi ed 1 giorno per carpire un riposo immeritato, e beatamente a scadenza fissa tronca o stronca ogni attività sempre mal sopportata.

Più fortunato di Bernardino Ramazzini clinico medico a Padova al quale, quando chiese di ritirarsi dall'insegnamento per l'età inoltrata ed i gravi acciacchi che troppo spesso gl'impedivano di far lezione, il Senato della Serenissima rispondeva che avesse fatto lezione se e quando poteva, giacchè alla Repubblica veneta bastava l'onore di annoverarlo ancora tra i professori della sua università; più fortunato di Alessandro Volta, al quale, quando, già innanzi negli anni e stanco, chiese di essere esonerato dall'insegnamento per motivi di salute, Napoleone, che come presidente della Repubblica italiana l'aveva fatto nominare ordinario nell'Università di Pavia, si oppose dicendo: « Se è stanco, gli si riducano le lezioni magari ad una all'anno, ma non posso permettere che l'Università perda un nome così illustre; quando gl'inesorabili limiti età, facendolo apparire vecchio mentr'era così giovane, Lo strappavano rudemente alla Sua Clinica universitaria, Maragliano dagli Ospedali civili di Genova Sua, che Egli tanto amava e glorificava, ha avuto il migliore riconoscimento della Sua operante giovinezza contro la realtà insopprimibile degli anni, la ospitalità in uno dei padiglioni dell'Ospedale di S. Martino. Così Gli si è dimostrato quanta fede si avesse nella Sua perenne giovinezza nel modo più concreto, con l'affidargli corsie di malati, che Egli ha diretto con esemplare diligenza, e mezzi per continuare i Suoi studi ed i Suoi ammaestramenti in un Istituto per lo studio delle malattie tubercolari ed altre malattie infettive, ov'Egli ha insegnato con rigorosa puntualità a medici provenienti da ogni parte d'Italia e dall'Estero, preoccupandosi solo che quell'insegnamento si facesse qualunque cosa avvenisse.

Così, senza interruzione con rinnovata gioventù e vigorosa lena, senza stanchezza e senza limitazioni, in letizia sempre come un trentenne dalle mète ardite e lontane, coraggiosamente e brillantemente ha svolto, com'Egli diceva, un terzo periodo di vita scientifica dopo il secondo d'insegnamento ufficiale ed il primo di preparazione trascorso per 11 anni senza interruzione sempre in clinica.

Egualmente sempre giovane è stato nella vita pubblica.

In Senato, ove — entrato il 14 giugno 1900 — si è sempre intensamente occupato dei problemi universitari e sanitari, in periodo prebellico è stato il primo a sostenere l'opportunità della partecipazione alla grande guerra, con un discorso che ha suscitato il plauso entusiastico dell'assemblea. Durante la guerra nel Corpo sanitario militare ha servito come assimilato a maggiore generale, rimanendo abitualmente in zona di guerra ed anche di operazioni, istituendo centri militari di accertamento per la tubercolosi, dirigendo la Clinica militare di Padova, ove, quando si preparava l'avanzata della Bainsizza ed occorrevano molte centinaia di medici, ha organizzato un corso per il quale dal gennaio al maggio 1917 andava a Padova a far lezione tre volte la settimana, anche col rigore invernale e tra il

rombo minaccioso degli aeroplani nemici, in un ambiente ospedaliero improvvisato ma da Lui perfettamente organizzato. Viaggiava di notte per far lezione anche a Genova, ed al mattino per tempo arrivava a Padova talvolta con la neve ed il ghiaccio. Ne ha avuto la Croce di guerra, alla quale Egli teneva moltissimo, come alla medaglia di argento per i benemeriti della salute pubblica conferitagli per l'opera prestata contro l'epidemia colerica del 1884.

E più che settantenne ha compreso il Fascismo immediatamente, prima di tanti altri intellettuali che ne erano disorientati nel pensiero, ha compreso i nuovi tempi e l'Uomo nuovo provvidenzialmente destinato per la salvezza d'Italia in un momento pauroso, e l'ha seguito con tutta fede e con la Sua particolare disciplina nel proposito di raccogliere in un fascio tutte le forze vitali del Paese, per dare alla Nazione vita sangue ed energia per un'era nuova, al di fuori di ogni ideologia e di ogni preoccupazione estranea od egoistica, esclusivamente per i bisogni della Patria. « Noi vecchi », Egli scriveva allora, « che avevamo trascorsa la nostra vita testimoni dei danni materiali e morali portati al Paese dai vari Governi di partito, noi vecchi divenimmo fascisti, perchè nel Fascismo abbiamo sentito il fremito di una nuova vita rigeneratrice vibrare in tutto il Paese, e gridammo osanna a Mussolini non perchè era il Capo del Governo, da cui nulla aspettiamo e vogliamo, ma perchè autore di questo risveglio ».

Laureato con merito eccezionale a 21 anni a Napoli nel 1870, libero docente in Clinica medica nel 1875 ed in quello stesso anno classificato *ex aequo* con Ercole Galvagni per cattedra di Clinica medica, incaricato di Patologia generale a Genova dal 1877, titolare di Clinica medica a Cagliari nel 1880 ed a Genova nel 1881, Egli ha avuto la ventura di vivere il periodo forse più interessante e fortunoso della Medicina.

Era giunto quando gli anatomo-patologi, confondendo quasi la vita con la morte, pretendevano dall'esito finale della malattia, riscontrato nel cadavere, desumerne la fase iniziale e le tappe intermedie; e dal 1858 tenevano pienamente soggiogata la Clinica alla Patologia cellulare di Wirchow, che ne proclamava la soggezione già col titolo del suo « Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin ». Non ancora l'amico Bergmann aveva potuto dire che il reperto anatomico sta al fatto clinico come un documento storico al fatto storico; ma Trousseau, clinico all'Hôtel-Dieu di Parigi e morto nel 1867, aveva detto: « di tagliapietre ce ne vollero molti perchè la chiesa di S. Pietro potesse lanciare al cielo la sua cupola, lo riconosco; ma mi sdegno quando vedo i tagliapietre appaiarsi a Michelangelo, che ha concepito questo miracolo d'arte! ».

E batteva già insistentemente alle porte la Batteriologia, che, dopo la preparazione dei terreni nutritivi solidi trasparenti — merito principale di R. Koch, annunziata nello stesso anno in cui Maragliano arrivava alla cattedra —, ad intervalli di mesi o di giorni lanciava la scoperta dei germi patogeni di molte malattie. E tutta la Biologia, con la chimica l'epidemiologia la sierologia la microscopia la radiologia la farmacologia invadeva e sconvolgeva la Clinica, appena assestata sui metodi di semeiologia fisica instaurati al principio del secolo e sulla farmacologia di Vulpian Schmiedeberg, Binz, Lauder-Brunton. Le Cliniche mediche erano costituite dalle solite sparute corsie, funzionanti intermittentemente in quei tempi, e da una larva di laboratorio per le più grossolane ricerche di chimica clinica: a Genova laboratori e direzione della Clinica medica occupavano insieme 12 mq. in tre camerette! Come già prima avean fatto gli anatomo-patologi, in alcune cliniche cominciavano ad insediarsi i biologi, che, pretendendo di individualizzare i problemi della patologia umana nelle malattie sperimentali degli altri animali, meccanicizzando l'osservazione ossia facendo abdicare l'ingegno inadatto a favore di strumenti incoscienti, erano pseudo-clinici, per i quali Hirtz, clinico medico a Strasburgo, diceva che « l'ammalato serve loro di pretesto per una lezione, che è di fisiologia, come un versetto della Bibbia al discorso del predicatore, o, per dir meglio, occupa il posto dei conigli nei nostri laboratori, con questa variante che, se non lo si uccide, non si fa però nulla per guarirlo ». E così in Germania si giunse al punto che quando si dovette dare un successore a Naunyn, che, dopo Hirtz, di tanta luce aveva fatto brillare la clinica di Strasburgo, si dovette andare a cercare Wenckebach in Olanda perchè in Germania non v'erano più clinici dopo che Mueller era andato a Monaco. In altre cliniche si cominciava a fare della Biologia pura attraverso un'ecatombe — ritenuta indispensabile — di animali da esperimento per ammannir lavori talvolta anche pregevoli, ma non applicati e perfino non applicabili per lo studio dei problemi clinici, e caratterizzanti quasi sempre la figura ibrida del clinico pseudo-biologo. In altre ancora i laboratori erano più o meno mal subiti, come una novità da dover tollerare; e Baccelli, che li aveva sempre in sospetto e soggezione, spiritosamente diceva che dalla Clinica si va in Laboratorio e da questo si ritorna in Clinica, contribuendo a dar forza a quella stupida affermazione secondo cui il responso del laboratorio vale solo se conferma i dati clinici e non vale affatto se non li conferma, il che sarebbe come richiedere un parere accordando solo la facoltà di darlo favorevole.

Tra clinica e laboratorio si creava così un artifizioso antagonismo, bene adatto per discussioni oziose di gente vuota.

La ricerca di laboratorio applicata allo studio dell'ammalato, è un fatto di Clinica, del tutto alla pari di quella di palpazione percussione ascoltazione ecc.; giacchè la provetta ed il microscopio non sono per nulla diversi dal termometro

dal plessimetro dal martello o dallo stetoscopio nelle loro applicazioni per l'esame dell'infermo; e giustamente Ch. Richet diceva che chi contrappone la Clinica al laboratorio mostra di non aver compreso nulla sia dell'una sia dell'altro.

La Clinica non poteva rimaner solo col vecchio sparuto grossolano armamentario, e non può che inspirarsi alla Biologia; ma deve coltivare una biologia applicata all'interpretazione ed alla conoscenza delle malattie e della loro cura, deve avvalersi di tutte le conquiste biologiche applicabili alla patologia umana, deve rilevare e studiare tutto quel che i processi morbosi determinano nell'uomo e specialmente quegli aggruppamenti sintomatologici che la patologia sperimentale non può ricostruire; perchè la diagnosi e la cura delle malattie costituiscono il supremo obiettivo degli studi di Medicina. Per tanto la Clinica assai spesso segna l'indirizzo e propone i problemi alle scienze donde trae fondamento ed ausilio, ne raccoglie le conclusioni e ne coordina i risultati per utilizzarli opportunamente, di alcuni problemi traccia loro perfino la via per risolverli, ed altri ne affronta direttamente risolvendoli autonomamente per suo conto, preparando con l'esperimento ben condotto la ricerca e l'applicazione clinica, nel supremo interesse della salute dell'uomo. Gli stessi biologi bene equilibrati riconoscono che i fisiologi di professione investigano i fenomeni generali della vita vegetale animale ed umana, perfezionano i metodi di ricerca e ne inventano di nuovi, stabiliscono i principii che debbono guidare l'indagine sperimentale e l'interpretrazione dei risultati ottenuti, segnalano le moltissime lacune che presentano i capitoli speciali della loro scienza immensa e si sforzano di colmarne alcune sperimentando sugli animali, ma lasciano ai clinici di colmarne la maggior parte applicando nell'indagine sull'uomo i metodi da loro escogitati ed i principii da loro stabiliti. La parte nostra di biologia, dunque, è più concreta e più alta; perchè non divaga nell'assolutismo, si connette intimamente con la vita e la salute umana, rende proficuo ogni conquista utilizzabile attraverso una corrente di correlazione tra biologia generale e biologia umana, è la via non la meta del clinico.

In questo indirizzo Maragliano è stato forse il primo ad accogliere e saggiamente adattare i laboratorii in Clinica con equilibrata fede, dotando il suo istituto dei più moderni mezzi d'indagine e delle migliori attrezzature scientifiche in laboratorii specializzati per le varie branche delle scienze ausiliarie, per modo che la Clinica di Genova è stata in Italia — e forse anche in Europa — la prima organizzata in modo da poter attendere a qualsiasi ricerca scientifica ed alla produzione originale, liberandoci dalla schiavitù di dover andare necessariamente ad assumere l'aria dell'estero come ironicamente diceva Feletti.

Così è stato possibile fare ricerche fondamentali sulle malattie da infezione, dei reni, del sangue, del ricambio, sulla febbre, sull'immunità.

In un indirizzo tanto preciso e razionale, considerando che nulla di assoluto vi ha al mondo, Maragliano è stato indotto ad affrontare il problema della tubercolosi con i criterii della Clinica, adattando l'esperimento a quel che è la realtà delle cose e la vera necessità della patologia umana. Rinunziando, quindi, a quel che è inverosimile ed inutile, ha lasciato da parte le grandi cariche bacillari alle quali l'uomo solo eccezionalmente può essere esposto, ed i piccoli animali che hanno una suscettibilità assai maggiore dell'uomo; ha preferito gli animali di grossa taglia, e s'è limitato a piccole quantità di materiale tubercolare per immunizzare ed alla dose minima mortale per saggiar l'immunità, ossia a quelle dosi cui è ordinariamente esposto l'uomo anche in ambiente infetto, valorizzando un concetto relativo e pratico d'immunità che il clinico deve limitare a quello stato speciale, per il quale l'organismo umano resta più o meno indifferente di fronte agli agenti morbosi che vi penetrano per infezione spontanea.

Giustamente Egli aggiungeva che uno stato d'immunità, il quale ad ogni modo in ogni tempo ed in ogni occasione, malgrado ogni accidente, persista, i clinici non l'aspettano; lo lasciano attendere ai biologi puri con quella fede con la quale gli ebrei aspettano ancora un altro Messia! E così fin dal 1895 al Congresso di Medicina di Bordeaux, tra l'incredulità e lo stupore generali, Egli aveva potuto annunziare la possibilità di immunizzare contro la tubercolosi e fin dal 1903 aveva potuto cominciare a vaccinar l'uomo, avendo dimostrato che solo i veleni protoplasmatici — corpi bacillari disintegrati e digeriti nei tessuti da fermenti specifici —, e non le tossine secrete dai bacilli, provocano l'immunità in modo efficace.

Egli poteva passar così dalle analisi del laboratorio alle sintesi geniali presso il letto dell'infermo; e sbarrava le porte collaterali attraverso le quali, per una via più breve più facile ed inadatta, s'irrompeva in Clinica, alienandosi perfino colleghi carissimi, Egli che tutta la Sua vita, senz'alcuna interruzione, aveva passata in Clinica. E della Clinica Egli ha sempre sostenuto la supremazia come sovrana scienza dell'uomo malato cui tutte le indagini debbono convergere, la più utile più benefica e più nobile di tutte le scienze perchè si occupa del supremo bene che è la salute dell'uomo, finalità essenziale della Medicina clinica nella quale si compendiano e si applicano tutte le altre discipline.

È stato Suo particolare cruccio il fatto che la Clinica, per quel senso pratico ed umano che la fa rifuggire da ogni assolutismo e le fa utilizzare perfino un certo empirismo, non sia stata ritenuta come una scienza e neanche come un'arte, tanto che i corpi scientifici così detti puri escludono, come tali, dalle loro file sistematicamente i clinici e non concedono alla Clinica tutto quel riconoscimento che si suol concedere a branche anche meno importanti dello scibile.

« La Clinica », Egli aveva detto nella Sua prima lezione il 17 novembre 1881, « sebbene si valga del concorso di molteplici rami di scienza, non può nella sua essenza ritenersi del tutto scienza, sibbene arte. Arte, perchè i suoi mezzi d'indagine,

che sono indispensabili, richiedono una perizia del tutto personale nella loro applicazione; arte perchè in Clinica nulla v'ha di assoluto, ma tutto è relativo alle note organiche personali dei varii infermi ed alla fisionomia speciale che esse imprimono al morbo ». La Clinica, facendo tesoro di tutti i progressi scientifici, fa l'analisi e la sintesi geniale della malattia; ed è per questo la scienza più benefica e l'arte più sublime, campo di applicazione in cui la scienza si fonde con la pratica.

Il grande amore per la Medicina in Maragliano è stato eguagliato — non poteva esser superato — da quello per il malato, da Lui amato per tutta la vita ed anteposto ad ogni preoccupazione personale o scientifica; per cui, Egli è stato il simbolo della Medicina umanamente intesa, fatta cioè dagli uomini per i più umani bisogni degli uomini, Medicina che spera trepida osa lotta, per fede ed apostolato, con fuoco che consuma ed azione che usura, gran dovere senza pari diritti, spesso sacrificio senza calcolo e senza compenso, scienza sublime ed arte divina.

Questa Medicina così strettamente individuale perchè indissolubilmente legata all'uomo, che ne è assistito negli atti più essenziali della vita, nei quali, malgrado tutto, egli è solitario e forzatamente individuale dalla nascita alla morte attraverso tutte le sofferenze della vita ha pure portato Maragliano a considerazioni sempre più larghe di vita morale e sociale. Egli, pertanto, ha dato impulso alla Pediatria istituendo nella Sua Clinica speciali reparti affidati successivamente a Rocco Jemma e ad Olimpio Cozzolino, finchè quella branca non ha avuto una propria autonomia; Egli ha inspirato l'idea e la passione della Medicina del Lavoro a Luigi Devoto quando nel 2° anno del Suo insegnamento clinico l'undici novembre 1882, all'inaugurazione dell'anno accademico, trattando di Medicina sociale e ricordando Ramazzini, diceva: « il punto veramente pratico della questione sociale è quello relativo al miglioramento fisico delle plebi, e si comprende facilmente quale parte importante debba avere la medicina in questo studio ».

Egli, infatti, non ha saputo mai scindere l'insegnamento clinico dalla corsìa, la medicina d l'uomo; giacchè l'infermo è stato sempre l'objetto e lo strumento del Suo insegnamento. Deplorando la decadenza dello studio del malato soleva ripetere le parole di Molmsten, clinico a Stoccolma: « come non si può esser nocchiero abile studiando nei libri, se non si sono affrontate le tempeste del mare, così nessuno può esser medico senz'aver compiuto la propria educazione in mezzo ai malati ». Egli pensava che i giovani han bisogno, più che di vedere i casi rarissimi ed assai difficili, d'imparar cose pratiche e veramente necessarie; perchè in maggioranza debbono fare i medici e solo assai pochi gli scienziati. E l'insegnamento Suo era l'educazione a vivere la quotidiana tragedia della vita, nella suprema bellezza della lotta con la malattia e la morte.

Nel gennaio di due anni fa mi scriveva: « Ho ricevuto il volume dei lavori della vostra Clinica dell'anno 1936-37: ve ne ringrazio. E ne ho letto qua e là alcune parti, sovratutto vostre lezioni. E me ne sono compiaciuto, perchè la vostra clinica ha la coscienza delle finalità dell'insegnamento clinico; fare dei medici. E lo dimostrano, oltre le lezioni, il numero degli ammalati che vi furono osservati: 936. Nella Clinica... non si arrivava a 100 in un anno scolastico ».

Imponeva, per tanto, ai giovani come un dovere e con ostinata fermezza la redazione delle storie cliniche, l'assistenza agl'infermi, la frequenza alle lezioni. Gli ho visto far l'appello in iscuola prima di cominciare a parlare, e guardare in faccia a chi rispondeva presente per ben riconoscerlo. E la lezione Sua, che Egli faceva sempre con gioia inestimabile come un novizio, era un vero godimento spirituale per quell'oratoria indimenticabile instancabile calma tranquilla precisa persuasiva, con la quale, attraverso parole e fatti ed esempi sempre nuovi, scolpiva e ribadiva i Suoi fondamentali magistrali concetti: era un'oratoria assolutamente priva di lenocinii e fronzoli retorici, ma di un'efficacia meravigliosa nell'illustrazione dei casi clinici o nella discussione di un problema scientifico, com'era la Sua affascinante conversazione.

Idee fede entusiasmo Egli inspirava ai Suoi diletti allievi, incitandoli a lavorare senza posa, ad aver sempre fiducia, a non ceder mai, in una costante tensione volitiva anche senza mete precise; poichè la Scuola per i giovani dev'essere punto di partenza e non di arrivo, deve offrire opportunità di studio e non comodità di vita e tanto meno soddisfazioni di lucro, per cui non è adatta per chi non sa sacrificarsi od ha assoluto bisogno di realizzare sollecitamente. L'unico superstite dei Suoi allievi arrivati alla cattedra in Italia, confessava poco fa che, giunto a Genova dalla natìa Calabria a chieder l'elemosina della scienza attratto dalla fama del Maestro e da questi accolto a braccia aperte come un figliuolo, non aveva guadagnato un soldo — oltre il miserrimo stipendio di assistente di allora — fino a 34 anni, ossia fino a quando non aveva raggiunto la meta! Quei giovani, selezionati con arte ed organizzati con una disciplina severa, stimolati incessantemente da un pungolo instancabile ed ardenti di fede e di volontà per una strada aspra e lunga, dalle 7 del mattino passavano in Clinica 15-16 ore al giorno ininterrottamente, essendo obbligati a rimanervi anche per la colezione allo scopo di non perder tempo; e molte volte vi erano trattenuti dal Maestro a studiare fino ad ore assai avanzate della notte. Egli viveva in mezzo a loro; ed essi confortavano con le loro energie la Sua attività, che non ammetteva deviazioni o soste per il lavoro scientifico, in cui aveva una fede non comune e dimostrava sempre una freschezza spirituale unica più che rara. Consigliere sagace ed amico prezioso, anzi padre amoroso, era il Maestro più rigoroso esigente ed intransigente; e talvolta il timbro stesso della Sua voce suonava rampogna ed acerbo richiamo al senso del dovere e della dura disciplina.

Quale che fosse il posto raggiunto dai Suoi al-

lievi, Egli con un dolce o brusco rimprovero — che talora schioccava come una staffilata — li richiamava al dovere di non adagiarsi sulle posizioni raggiunte e continuare a produrre. E ricordava le promesse, poichè tutto ricordava, come un creditore inesorabile, come se l'essere Suo allievo od amico implicasse l'obbligo assoluto di lavorar come lavorava Lui senza sosta e senza riposo. Ma tutti i degni ne avevano un appoggio coraggioso tenace continuo incondizionato, per modo che ognuno per la sua via aveva sicuro l'avvenire ed il sostegno; e la Clinica di Genova, con una legione di provetti allievi ed uno stato maggiore di maestri, per tanti anni ha fornito le cattedre universitarie ed i primariati ospedalieri.

Nel prender commiato dalla Sua università, ove aveva studiato, era stato assistente, e poi per 43 anni professore titolare, per 7 preside e per 10 rettore, Egli poteva riassumere il brillante bilancio della Sua Scuola, che era stata per lui casa e tempio, e donde — dal novembre 1881 al giugno 1924 — erano uscite 2543 pubblicazioni per opera di 255 Suoi allievi, dei quali 48 avevano conseguito una libera docenza e di essi 9 erano diventati professori ufficiali ed avevano procreato una schiera di giovani maestri, che nelle università nostrane e straniere avevano a Lui data la gloria e la gioia di una lunga discendenza spirituale. Di questa Egli fieramente si vantava come di nipoti e pronipoti scientifici; giacchè per Lui la gioia e la forza della paternità scientifica e spirituale era forse più grande e più travolgente della stessa paternità del sangue e della carne: soleva dire che gli affetti nati nella scuola, intrecciati dal comune lavoro, non sono inferiori a quelli che nascono nella famiglia per vincolo di sangue, e che sentiva il vincolo e la voce del sangue scientifico più forti perfino di quelli del sangue globulare.

Anche un cumulo fortunoso di circostanze di ambiente e di volontà aveva raccolto una schiera di felici lavoratori intorno ad un Maestro eccezionale. « Quel lavoro cospicuo che è stato possibile fare », Egli diceva, « non fu un lavoro tutto personale, ma un lavoro collettivo; perchè Dio mi diede la fortuna di circondarmi di una quantità di collaboratori, i quali misero la loro attività in unione con la mia e fecero sì che ne uscisse una Scuola che forse non morrà, non morrà nel ricordo di quanti seguirono il movimento degli studi clinici in Italia, non morrà nella memoria di coloro i quali ne seguirono l'opera continuamente nelle condotte, in tutti i campi dell'attività professionale, e che riuscirono a crearle un'atmosfera di larga simpatia nel mondo scientifico italiano e nella nostra Università ».

Egli ha tenuto la cattedra per diffondere le verità conquistate — la *scientia condita* —, ed ha fatto la Scuola animata da fede incrollabile ed ispirata alla visione di alti ideali scientifici per la ricerca di nuove verità — *scientia condenda* —; all'una ed all'altra Egli ha dedicato ogni pensiero ogni palpito, ha sacrificato tutta la vita; tanto che, se per tutti Egli è stato Maestro, per i Suoi scolari è stato, più che Maestro, padre sviscerato.

È stato per tanti anni un faro di luce abbagliante, cui tutti guardavamo con profonda ammirazione ed invidia insieme, che anche nei triboli della carriera amarissima affascinava; e personalmente ricordo tante ore amare di sconforto in cui ho implorato — se avessi potuto avere un Maestro e padre come Lui! —, e momenti radiosi di esultante speranza in cui sognavo — se un giorno avessi a propormi un modello di Maestro... sarebbe Lui! E tutto quanto ho potuto ho poi copiato da Lui!

Noi allora non Lo intendevamo; ci pareva, il Suo, un desiderio sfrenato di strapotere se non proprio di schiacciare noialtri, di imporre ovunque ed a tutt'i costi il proprio nome e la propria scuola. E qualcuno ha avuto l'impudente sconsigliato ardire di dirglielo brutalmente in una riunione privata della nostra Società italiana di Medicina interna: ricordo che Egli ha soffocato la risposta, ha fatto solo con la testa e le spalle un gesto significativo, come per dire non avete capito nulla e non val la pena che io sciupi il mio tempo per farvi capire. Aveva ragione! E l'abbiamo tutti capito più tardi, quando Egli nulla più ha potuto volere e nulla più ha contato nei maneggi accademici; e, senza più alcun secondo fine, ha continuato la Sua attività senza perdere di entusiasmo, ha accettato disciplinatamente incondizionatamente e lealmente perfino posti subordinati — parlava serenamente di Suoi superiori diretti! — pur di servire incessantemente il Suo ideale di lavoro, e non meno di prima è stato figura attiva, non decorativa o rappresentativa, in tutti i consessi, specialmente nella R. Accademia medica di Genova da Lui fondata nel 1885 e nella Società Italiana di Medicina interna che Lui da 25 anni presiedeva.

Ben disse Ch. Richet: « Maragliano c'est un homme prodigieux ».

Voi, Maestro, con la vostra eccezionale mirabile gagliardia e la volontà ferrea avete tenuto superbamente fronte anche alle leggi fatali della Natura; e, campione classico di nostra razza che, con le sue virtù, non si piega agli anni ma negli anni si rinnova e rinverdisce, fino all'ultimo Vostro respiro avete destato in noi tanto entusiasmo quanto ne destavate allor che anche quelli che Vi erano lontani, e non beneficiavano del Vostro insegnamento vivo e palpitante, tutti Vi chiamavamo Maestro, non solo perchè siete stato Maestro di adozione a tutti per tenacia volontà vita esemplare e lavoro fecondo, ma quasi per appagare l'intenso desiderio di essere Vostri allievi, come quelli che direttamente immediatamente e personalmente Voi imbevevate di dottrina e di Clinica e plasmavate alla vita medica e sociale. Io stesso che non ho avuto la fortuna di esserVi proprio scolaro vicino, come intensamente avrei desiderato, di seconda mano e per viva aspirazione mi son sempre considerato un elemento della Vostra prole spirituale.

Come Maestro tutt'il mondo scientifico V'ha

espresso l'ammirazione riconoscente, per l'alto contributo da Voi dato al progresso della Medicina dalla Vostra prima giovinezza alla tarda florida vecchiaia — formidabile patrimonio spirituale, di cui io non ho neppur tentato di tracciar le linee sommarie —, per il bene che Voi avete fatto anche attraverso le 43 generazioni di medici da Voi educati; ma in noi resta sempre l'ammirazione e la venerazione non solo e non tanto per la Vostra produzione scientifica — vasta brillante geniale ed imperitura sì, ma non certo tale che nessun'altra possa reggere al confronto, quanto e soprattutto per quel che Voi avete fatto per la Vostra Scuola, cui avete dato ogni opera ogni affetto ogni pensiero ogni palpito, tutto subordinandole senza alcun limite o restrizione, per l'esempio di entusiasmo e di attività di cui fino all'ultimo ci avete dato prova magnifica nella Vostra verde e simpatica vecchiezza, che noi avremmo voluto conservata in eterno come sarà eterna la memoria Vostra.

Voi avete ben previsto quando nello scorso giugno avete detto che all'Università, cui siete stato sempre tanto legato, avreste fatto l'ultimo passo Vostro sulla terra prima di scendere nella tomba — così è stato —, e che dinanzi a questa nessun passeggero solingo resterà sordo al sospiro che in quel momento dal tumolo verrà a lui ed a noi — e così sarà —! Voi avete lasciato una lunghissima scìa di ammirazione e di devozione, che non teme la ruggine del tempo. Il ricordo Vostro è e resterà più vivo che mai.

Siate benedetto!

Bari (Clinica medica), 9 aprile 1940-XVIII.

LUIGI FERRANNINI.

SUNTI E RASSEGNE

CUORE E CIRCOLAZIONE.

Esame del cuore in tempo di guerra.

(J. PARKINSON. *The Brit. Medic. Journ.*, 16 marzo 1940).

Il riconoscimento di lievi malattie di cuore ha notevole importanza nell'esame dei giovani in tempo di guerra anche perchè pur rimanendo dubbia una diagnosi bisogna prendere una decisione sulla possibilità di ammettere o non ammettere un candidato al servizio militare.

L'A. dice che in questi casi l'anamnesi può essere trascurata, perchè spesso in passato è stato parlato al candidato di cuore debole senza nessun dato preciso e d'altra parte anche notizie sicure come quelle che dànno per certo un reumatismo, o una tonsillite, o una corea o una scarlattina non dicono che certamente il candidato deve avere una cardiografia. Però in presenza di un'anamnesi di questo genere l'esaminatore dovrà procedere ad un esame accurato del cuore.

L'aspetto del malato è utile solo se c'è cianosi o se ci sono dita a bacchetta di tamburo.

La prova dell'effetto dell'esercizio sul polso ha scarso valore per riconoscere una malattia del miocardio o delle valvole o anche a stabilire l'efficienza funzionale del miocardio, mentre ha valore per indicare il controllo nervoso della frequenza del battito. Se c'è una frequenza di 100 o più si dovrà escludere l'esistenza di febbre e vedere se questa tachicardia si modifica col riposo. Una tachicardia da esercizio che persiste molto a lungo dipende più dal sistema nervoso che dal cuore.

In questi casi l'ipertiroidismo è frequentemente in giuoco e bisognerà quindi accuratamente esaminare la tiroide.

Il ritmo del cuore va accuratamente rilevato per vedere se ci sono aritmia respiratoria o extrasistoli che scompaiono col movimento o fibrillazione auricolare che persiste anche dopo movimenti. In qualche caso è necessario un elettrocardiogramma, che darà un giudizio definitivo.

Il cercare battito della punta è ottima guida pel giudizio di aumento di volume del cuore ed è più probativo della percussione, oltre che più rapido. Però bisognerà assicurarsi che un eventuale cambiamento di sede non dipenda da scoliosi o da fibrosi polmonare. Qualche volta sarà necessario ricorrere ad una conferma radiografica.

È bene anche cercare l'esistenza di fremiti.

L'ascoltazione del cuore è di grande aiuto. Però se un rumore non è sicuro, non bisogna accettarlo come presente e questo in modo particolare per il rullio presistolico. Lo sdoppiamento del primo tono senza accentuazione

si può avere in cuore normale. Nei giovani si deve dare importanza ad un secondo aortico forte. Un secondo polmonare forte aggiunge un segno di probabilità di stenosi mitralica.

L'ascoltare dei soffi ha particolare importanza e si dovranno esaminare tutti i caratteri dei soffi ascoltati.

Si sospetterà l'esistenza di una malattia congenita di cuore se c'è una storia di disturbi cardiaci fin dall'infanzia e si ha cianosi e si sente un fremito.

Un soffio forte al centrum cordis significa difetto del setto ventricolare. Un soffio continuo sistolico diastolico come un rumore di macchina indica persistenza del dotto arterioso.

Si deve misurare la pressione arteriosa quando c'è spostamento dell'urto della punta o quando c'è rinforzo del II aortico. Si deve dare importanza solo alle pressioni persistenti a riposo al disopra di 160 per la sistolica e di 90 per la diastolica. Una pressione con fortissima differenza fra sistolica e diastolica deve far cercare i segni dell'insufficienza aortica.

L'elettrocardiogramma e la radioscopia si faranno con molta utilità nei casi dubbi.

L.

Trattamento chirurgico nei casi di pervietà del dotto arterioso di Botallo.

(GROSS R. E. *Annals of Surgery*, n. 3, 1939).

La obliterazione del dotto di Botallo, che si inizia già nell'ultimo periodo della vita fetale, mediante un processo istologico analogo a quello dell'endoarterite obliterante, non procede in tutti gli individui con lo stesso ritmo. Ricerche anatomiche di Christie hanno dimostrato che nel bambino a un mese di età, il dotto di Botallo è ancora pervio nel 44 % dei casi e che la pervietà persiste nel 12 % dei casi a 2 mesi di età e nel 2 % dei casi a 8 mesi di età. Se la pervietà del dotto persiste dopo il primo anno di vita, la si può ritenere come un fatto anormale.

Questo dotto ha come è noto la funzione, nella vita fetale, di far passare il sangue dall'arteria polmonare all'aorta finchè i polmoni sono collassati; se entro il primo anno di vita il dotto non si chiude, l'individuo resta con una fistola vascolare che permette al sangue di passare in gran quantità dall'aorta nel circolo polmonare. Tali condizioni sono compatibili con una vita lunga ed anche attiva ma comportano però una certa tendenza verso le endoarteriti batteriche ed ancor più verso lo scompenso cardiaco determinato dal notevole sovraccarico di lavoro specialmente per il cuore destro.

Ad evitare tali complicanze morbose si può ricorrere alla terapia chirurgica. L'Autore è stato il primo nel mondo ad intervenire in tali casi.

Egli ha studiato prima sul cadavere, poi sugli animali da esperimento, il metodo operatorio che ha eseguito sull'uomo, in 4 casi, con risultati ottimi.

Il paziente viene posto in decubito supino, con la spalla e la metà superiore dell'emitorace sinistro un po' rialzati; braccio sinistro esteso ed allungato.

Si pratica un'incisione trasversale, con lieve concavità verso l'alto, condotta sopra o sotto la mammella (a seconda che si tratti di femmine o maschi) ed estesa dal margine dello sterno fino alla linea ascellare anteriore. Dopo aver inciso cute, sottocutaneo, fascia pettorale e muscoli pettorali, si apre il cavo pleurico in corrispondenza del terzo spazio intercostale con una incisione che va dai vasi mammari interni fino alla linea ascellare media. Si seziona la terza cartilagine costale (talvolta anche la seconda) per aver più spazio e si mantengono divaricate le pareti applicando un retrattore costale autostatico. Si trae in basso e medialmente verso il mediastino il polmone collassato e lo si protegge con una compressa di garza umida. L'operatore si trova così dinanzi, largamente esposte, la faccia laterale sinistra del mediastino superiore, la base del cuore, il nervo frenico ed il vago che traspaiono sotto la sottile pleura mediastinica, l'arco aortico e la prima parte dell'arteria succlavia sinistra.

S'incide ora il foglietto pleurico mediastinico partendo dal peduncolo polmonare e giungendo in alto fino alla base del collo, per scoprire l'alteria polmonare e l'arco aortico. Questa incisione, lunga 7-8 cm. deve essere condotta 1-2 cm. lateralmente al nervo frenico e parallelamente ad esso, onde evitare di ledere le fibre del plesso cardiaco superficiale e quelle che lo uniscono al simpatico ed al vago.

Incisa la pleura si trova un ammasso di tessuto areolo adiposo, variamente vascolarizzato che riempie il solco fra l'arco aortico e l'arteria polmonare. Quasi sempre sembra a prima vista che questi due grossi vasi siano direttamente contigui l'uno all'altro e che la comunicazione tra di essi debba essere in forma di apertura diretta. Tuttavia con grande attenzione e pazienza si riesce a trovare un piano di clivaggio seguendo il quale si arriverà profondamente a penetrare tra i vasi. A questo punto si deve localizzare esattamente il dotto e decidere in qual punto occorra dissecare per scoprirlo.

Per determinarne la posizione si può basare sui seguenti criteri:

1) Il dotto è situato proprio di fronte o un po' distalmente all'origine dell'arteria succlavia sinistra.

2) Il dotto può essere compromesso dall'operatore provocando una temporanea scom-

parsa del « thrill » sul cuore e sull'arteria polmonare. Quindi scorrendo col dito lungo il solco tra l'arteria polmonare e l'arco aortico ed esercitando contemporaneamente una certa pressione, il punto in cui premendo si fa cessare il « thrill » indicherà la localizzazione del dotto.

3) Il nervo laringeo sinistro nasce dal vago, scende in basso e si incurva attorno all'arco aortico pochi millimetri dietro il dotto. Perciò seguendo il nervo si arriverà direttamente sul dotto arterioso.

Una volta localizzato il dotto, si procederà con ogni cautela ad isolare il nervo ricorrente onde evitare di lederlo nei tempi ulteriori. I tessuti che circondano il dotto si scollano per via ottusa. La sua parete postero-mediale non può esser messa completamente in evidenza, ma con manovre molto accurate e lievi si può riuscire a separarne il grande bronco di sinistra. Si deve però aver cura di lasciare attorno al dotto un sottile strato di quel tessuto areolare che lo circonda che servirà ad impedire al laccio di tagliare le pareti vascolari. Questa manovra dev'essere compiuta senza nessuna fretta; di solito occorrono per essa da una a due ore. Con un grosso laccio di seta si lega il dotto dopo aver provato, stringendolo, se le condizioni dell'apparato circolatorio sono soddisfacenti.

L'A. fa notare che il sistema migliore sarebbe quello di porre un laccio ad ogni estremità del dotto e poi di sezionarlo fra le due legature. Ciò è però spesso impossibile per la brevità del vaso. Se si riesce a porre i due lacci, è bene nel tratto fra essi compreso iniettare qualche goccia di soluzione sclerosante.

I tempi successivi dell'intervento si eseguono rapidamente. La pleura mediastinica viene suturata con punti staccati o con una filzetta. Gli estremi delle cartilagini costali incise vengono accostati e suturati con grosso catgut passato con un ago di Reverdin attraverso la cartilagine. Indi si suturano a strati i muscoli, la fascia pettorale e la cute.

L'A. non ha avuto nei suoi quattro casi alcuna mortalità.

I pazienti sono stati fatti alzare molto precocemente (uno in prima giornata). In due pazienti si formò un essudato pleurico reattivo di modica entità che si riassorbì spontaneamente e completamente in 10 giorni.

In tutti i casi si è avuto un ritorno alla norma della pressione diastolica che prima dell'intervento era assai bassa.

In due casi i diametri trasversi del cuore sono rimasti immutati, mentre in altri due si è avuto una diminuzione rispettivamente di 1 e di 0,5 cm.

Il flusso sanguigno periferico nell'unità di tempo è notevolmente aumentato dopo la legatura del dotto.

M. D'AGOSTINO.

Sulla gangrena negli aneurismi obliterati degli arti. Natura della gangrena umida.

(R. LERICHE e F. FROELICH, *La presse médic.*, 19 dicembre 1939).

Gli AA. ricordano che un tempo si credette di poter guarire gli aneurismi facendoli obliterare e leggendo i lavori di quel tempo si vede che si parla di guarigione senza indicare che ne rimane un'obliterazione arteriosa. Dobbiamo quindi domandarci quali conseguenze avevano questi casi così detti guariti raccolti dal Lisfranc nella sua tesi di professorato pubblicata nel 1835.

Gli AA. pubblicano un caso che dimostra che una dilatazione fusiforme può svilupparsi lungo un segmento arterioso senza sintomatologia, che l'obliterazione può compiersi senza una causa nota, che quando l'obliterazione si compie bruscamente si ha una gangrena grave.

Si trattava di un uomo di 45 anni che, dopo aver camminato, ebbe un crampo al polpaccio sinistro che scomparve col riposo. Un mese dopo fu colto improvvisamente da dolore atroce al polpaccio sinistro. Immediatamente gamba e piede diventarono freddi e bianchi come l'avorio. Otto giorni dopo c'era gangrena secca del piede e del terzo inferiore della gamba e umida al disopra. Oscillazioni assenti al disotto del ginocchio.

L'arteriografia dava obliterazione della femorale al disopra del canale di Hunter.

Dopo l'amputazione, nell'arto amputato fu trovata una dilatazione aneurismatica, fusiforme, che occupava il terzo inferiore della femorale nella regione hunteriana e poplitea fino alla sua biforcazione. L'arteria era obliterata per coagulazione massiva di formazione recente alla parte superiore e antica in basso al contatto colla biforcazione della poplitea. La parete del sacco aneurismatico era posta a ridosso della vena femorale che era trombosata per tutta l'estensione della dilatazione aneurismastica.

L'esame istologico dimostrava che l'aneurisma era di natura sifilitica.

Fu studiato lo stato circolatorio dell'arto inferiore apparentemente sano. Si trovò abolizione delle oscillazioni al disotto del terzo inferiore della coscia, obliterazione della parte forme posta al di sopra. Questo studio era stato fatto perchè anche dal lato sano il paziente aveva avvertito crampi dolorosi e raffreddamento del piede. Fu fatta da questo lato una simpatectomia lombare bassa con risultato soddisfacente.

Il problema del meccanismo delle gangrene deve essere sottoposto a revisione.

Il caso degli AA. si presta a osservazioni importanti. In corrispondenza della zona di gangrena secca le arterie e le vene erano vuote, mentre in corrispondenza della zona di gangrena umida i tessuti erano edematosi, alcune

arterie erano ancora permeabili, altre obliterate, mentre le vene erano in massima parte obliterate.

Non è possibile quindi non pensare che il carattere umido della gangrena possa essere collegato col fatto che i tessuti non si erano vuotati del loro sangue. Un tempo si credeva che la distinzione fra gangrena secca e gangrena umida fosse unicamente legata ad un fatto infettivo, nel senso che nella gangrena umida si ha l'intervento di germi. Essendo riusciti gli AA. a dominare alcune volte delle zone di gangrena umida frammiste a zone di gangrena secca, bisogna pensare che nella gangrena umida ci sono certamente dei tessuti non ancora morti, ma solo compromessi, e che possono correggersi modificando le condizioni circolatorie.

Per poter stabilire se la gangrena umida sia veramente dovuta ad un miscuglio di trombosi venosa e di squilibrio vasomotorio locale, come complicazioni di trombosi arteriosa, senza che l'infezione vi partecipi, è necessario studiare accuratamente i casi clinici abbandonando le ricerche sperimentali su animali, perchè queste difficilmente riproducono esattamente la patologia umana.

In alcune gangrene certamente l'elemento venoso ha la parte preponderante: così è nei casi in cui c'è trombosi venosa con stenosi arteriosa (da spasmo arterioso riflesso). Un caso molto dimostrativo videro gli AA.: si trattava di un'ammalata che aveva avuto in passato una flebite e alla quale erano state fatte delle iniezioni sclerosanti su vene appariscenti. La gangrena fu così grave che richiese un'amputazione. Nell'arto amputato si trovò solo una trombosi venosa estesa dei tronchi profondi e delle vene superficiali, con sistema arterioso macroscopicamente integro.

Quindi esistono oltre alle gangrene da ischemia arteriosa anche le gangrene da stasi di origine venosa.

Del resto è nozione classica in anatomia patologica che a livello dei visceri si abbia, dopo obliterazione venosa, necrosi emorragica, infarto. Fontaine legando le vene otteneva infarti intestinali e Wertheimer, Dechaume e Föiet producevano necrosi muscolari mediante lesioni venose.

Il problema quindi è solo quello di sapere qual'è il tipo abituale di gangrena prodotta agli arti da lesione venosa che complichi una arteriosa. La colorazione dell'arto può dare delle indicazioni utili. La colorazione nera di un dito dimostra che esiste deposito di pigmento ematico.

Il Quernay già in passato aveva diviso le gangrene in umide d'origine venosa e secche di origine arteriosa, quindi la questione pare fosse già discussa e risolta.

Gli AA. ritengono che il problema meriti uno studio più accurato e che i quesiti da porsi siano questi: c'è nella gangrena umida un elemento batteriologico primitivo o determinante? Il carattere umido della gangrena è la conseguenza solo di un disturbo del circolo di ritorno con fenomeni vasomotori concomitanti? C'è una partecipazione del sistema linfatico? L.

Adattamenti nella circolazione coronaria dopo occlusione sperimentale delle coronarie.

(H. B. BURCHELL. *Arch. of Intern. Medec.*, febbraio 1940).

Le osservazioni cliniche di Morgagni, Rougnon, Heberden e Parry hanno preceduto di molto le ricerche sperimentali sugli animali. Una controversia ci fu a proposito del concetto di arterie terminali fra anatomici ed anatomopatologi. Gli anatomici hanno sempre parlato di circolo collaterale, mentre gli anatomopatologi hanno trovato un infarto del cuore come esito di occlusione coronaria.

Hirsch e Spalteholz nel 1907 pubblicarono un lavoro importante dimostrando che non si aveva mortalità legando l'arteria coronaria anteriore dipendente e che la zona con infarto era più piccola di quella nutrita dall'arteria.

Karsner e Dwyer nel 1916 richiamarono l'attenzione sull'irregolarità del margine dell'infarto, irregolarità che indica probabilmente l'esistenza di una circolazione collaterale.

Dopo l'ipotesi emessa prima dal Thorel e poi dal Merkel che si formasse un circolo collaterale da aderenze pericardiche, venne la dimostrazione di Moritz, Hudson e Orgain i quali videro in quattro casi di aderenze pericardiche che l'iniezione delle coronarie infettava anche vari pericardici. Sperimentalmente Beck e Tichy confermarono il fatto e dopo altre conferme vennero da O' Shanghnessy, da Moia e Azavedo, da Sezus e da Grassi.

L'A. ha compiuto ricerche sul cuore del cane e con esse ha confermato l'esistenza di anastomosi delle coronarie già vedute da Spalteholz, Moore ed altri. Egli compì anche uno studio anatomico mediante radiogrammi dei cuori iniettati collo scopo di vedere lo sviluppo delle anastomosi intra ed extracardiache in animali viventi.

Egli ha potuto così stabilire che quando si occlude la circonflessa o la branca anteriore discendente la sede dell'anastomosi è abitualmente sulla superficie del ventricolo sinistro. Quando è occlusa la circonflessa, qualche volta si ha un vasto canale anastomotico fra l'arteria coronaria destra e la circonflessa sinistra al centro del cuore.

Occludendo l'arteria coronaria destra si vedono anastomosi che giungono dalla branca anteriore discendente.

Le connessioni anastomotiche si hanno attraverso vasi preesistenti. A volte si fanno al-

l'apice del ventricolo sinistro, a volte nelle orecchiette, a volte al centro del cuore o nel setto.

Nei cuori con occlusione delle tre branche principali la nutrizione si compie attraverso il tronco coronario principale. L'A. riuscì ad occludere le tre branche senza che si producesse infarto.

Ricerche fatte per stabilire l'efficacia degli innesti di tessuti come sorgente di apporto di sangue in caso di infarto, hanno dimostrato all'A. che innesti peduncolati di muscolo pettorale, o di latissimus dorsi o di omento non hanno effetto benefico come preventivi dell'infarto, nè come fornitori al cuore di un maggior quantitativo di sangue. Le aderenze pericardiche prodotte artificialmente non hanno avuto effetto dannoso sul cuore.

È difficile trarre conclusioni cliniche sicure da queste ricerche sperimentali. Queste però sono contrarie alla provocazione di aderenze pericardiche create allo scopo di favorire il circolo collaterale delle coronarie. L.

OSTEOMIELITE.

L'osteomielite acuta.

(H. HANKE. *Med. Klinik*, 19 gennaio 1940).

L'osteomielite acuta appartiene alla non piccola schiera di malattie chirurgiche in cui molto è tuttora inesplicato, da studiare e da comprovare. Due sono le vie d'infezione: l'ematogena e l'esogena; quest'ultima si osserva in caso di frattura complicata, può diffondersi, ma generalmente ha una sede limitata; ha un'importanza pratica in tempo di guerra, mentre in tempi di pace è l'O. ematogena, che quasi unicamente si osserva. Il focolaio si osserva per lo più nella metafisi, portatovi da un embolo di germi, per lo più stafilococco aureo, ma anche strepto- e pneumococchi, bacilli del tifo, ecc. Secondo i diversi germi possono aversi conseguenze diverse: così lo stafilococco determina per lo più necrosi e sequestri, mentre non altrettanto fa lo streptococco. Non ancora ben chiarito è l'effetto della carenza in vitamina C, che è stato sospettato di favorire l'infezione.

L'O. A. è prevalentemente una malattia della crescita. Nell'adulto, si ha un quadro clinico più mite ed il processo rimane limitato. Si manifesta di preferenza nei mesi di passaggio fra l'inverno e la primavera; in qualche paese, come sulla costa dei mari orientali, essa assume un decorso più maligno.

Di grande importanza pratica, è la sua dipendenza con un trauma pregresso; si può riconoscere il rapporto fra causa ed effetto quando si tratti di un trauma ottuso, abbastanza rilevante da danneggiare l'osso e l'osteomielite si sviluppi entro breve tempo (24-27 ore). Alle volte, il trauma può agire nel senso di favorire lo sviluppo della malattia.

Non sempre agevole è il riconoscere l'osteomielite. Non è raro lo scambio con un'artrite reumatica. Diagnosi errate si hanno quando l'osteomielite colpisce sedi non frequenti: O. delle vertebre, con formazione di ascesso paranefritico, dell'angolo costale con formazione di empiema. Nel caso di dubbio, è opportuno interpellare il chirurgo; purtroppo, i raggi X non sono di grande aiuto, poichè le modificazioni non possono aversi che 10-14 giorni dall'inizio, quindi molto tardivamente.

Per quanto riguarda il *trattamento*, l'A. è del parere che si debba senz'altro intervenire e dichiara che sono bene scarsi i sostenitori del metodo aspettante, fra cui Baggio, secondo i quali l'O. va trattata con impacchi caldi fino all'apertura spontanea. Il modo di intervento varia secondo: 1) il tipo e la virulenza del germe; 2) lo stato d'immunità e la capacità di resistenza dell'organismo; 3) la localizzazione del processo.

I singoli metodi di trattamento chirurgico variano; gli uni si limitano all'apertura ed al drenaggio dell'ascesso subperiosteo mentre altri sostengono la resezione primaria della diafisi malata. Nella maggior parte dei casi, si adotterà un metodo intermedio: incisione dell'ascesso ed apertura del focolaio osseo. Spesso, però, in questo modo il focolaio primario non si svuota attraverso i canali di Havers, ma si arriva alla suppurazione nella cavità midollare, al flemmone diffuso del midollo, con pericolo non soltanto per l'osso, ma della vita del paziente. Per ciò alcuni chirurghi praticano la trapanazione fino alla cavità midollare; in qualunque modo s'intervenga, l'arto operato va immobilizzato in apparecchio gessato.

Non pochi chirurghi, però, si limitano all'apertura dell'ascesso subperiosteo e vantano buoni successi. È un fatto che la mortalità è minore che nei casi con trapanazione; ma la guarigione è spesso soltanto apparente e se ne possono avere come conseguenza il permanere del processo suppurativo, l'incapsulazione del pus e la formazione di nuovi focolai. Altri, invece, guariscono completamente. Comunque, si deve sorvegliare il paziente, pronti ad intervenire in caso di peggioramento.

Per quato riguarda la resezione subperiostea, la maggior parte degli autori ritiene che essa possa eseguirsi soltanto in pazienti fra 6 e 16 anni, nei quali si può attendere una rigenerazione dell'osso; secondo altri, questa può avvenire anche nell'età adulta. Comunque, siamo ben lungi dall'avere un'opinione concorde sulla convenienza di eseguire tale intervento.

La gravità del caso singolo comanderà il momento giusto d'intervenire ed il metodo da adottare. Nei malati mal ridotti, si dovrà intervenire chirurgicamente in un secondo tempo, dopo miglioramento delle condizioni generali (trasfusione).

Dal 1929, è stato introdotto il metodo di

cura con le larve di mosca, che si allevano allo scopo; i loro fermenti fluidificano i tessuti necrotici ed accelerano il processo di granulazione. Alcuni autori vantano eccellenti risultati, altri sono contrari al metodo, non fosse altro che per ragioni estetiche. Secondo Clairmont, esso è indicato soltanto per l'O. cronica.

Un altro metodo che ci viene dall'America consiste nel riempimento della cavità, rimasta dopo l'asportazione dei tessuti malati, con tamponi di garza alla vaselina, applicando un apparecchio gessato. Se ne avrebbe come risultato un abbreviamento della malattia ed una minore mortalità. In Germania, si adotta da taluno invece della vaselina l'olio di fegato di merluzzo o preparati del genere, che avrebbero il vantaggio di apportare le vitamine A e D; alcuni trovano vantaggio nell'adottare un apparecchio gessato fenestrato.

Di grande importanza è la terapia coadiuvante; alcuni consigliano i vaccini, che altri giudicano inefficaci al pari del batteriofago, dell'anatossina, del siero, ecc. Particolarmente importanti sono le trasfusioni, specialmente di sangue di convalescente. Sui preparati sulfamidici non si ha ancora sufficiente esperienza. Pure molto importante è il regolare l'alimentazione nel senso di un sufficiente apporto di vitamine; sotto tale punto di vista, sono consigliabili le somministrazioni di vitamina C.

Una volta guarito, il paziente dovrà essere seguìto, nel senso di evitargli un carico sull'osso e, quindi, permettergli di camminare tardi e con apparecchi protettivi.

In complesso, nel trattamento dell'O. A., si deve procedere caso per caso; nel bambino, soprattutto si adotterà una terapia conservativa; anche secondo la localizzazione varierà la cura, che sarà naturalmente diversa per un focolaio vertebrale o per uno alla tibia.

fil.

I risultati sulla osteomielite primitiva in fase acuta nella Clinica Chirurgica di Pisa.

(G. LA CAVA. *Atti e Memorie della Soc. Romana di Chirurgia.* Anno II, fasc. III, gennaio 1940).

Il problema della cura dell'osteomielite acuta ha da qualche anno di nuovo attratto l'attenzione dei chirurgi e quelle che sembravano dover essere le regole assolute della terapia di questa grave malattia hanno già in buona parte perduto il loro valore dogmatico. L'A. pensa che il problema della terapia delle osteomieliti non può venire affrontato nel suo insieme ma deve essere scisso in altrettanti problemi secondari, a seconda dei vari concetti che dallo studio della patologia stessa dell'osteomielite emergono.

Ne scaturisce la necessità di considerare il problema della terapia delle osteomieliti non nel suo complesso, ma isolatamente in ciascuna delle sue fasi, cliniche e biologiche, cercando di stabilire per ciascuna di queste quale debba essere il migliore comportamento terapeutico.

L'A. riporta anzitutto i risultati ottenuti su 42 casi di osteomielite primitiva in fase acuta, trattati con il metodo attuato da Baggio sin dal 1935 e consistente nella assoluta astensione dall'intervento, nella immobilizzazione in ferula e nella applicazione locale di impacchi caldo-umidi.

Riporta poi i casi di osteomielite acuta raccolti nell'archivio della clinica e curati operatoriamente nelle gestioni precedenti alla gestione Baggio: si tratta di altri 60 casi di cui 52 operati, in fase acuta.

Nel primo gruppo, nei malati cioè trattati conservativamente la mortalità è stata del 10,86 %, mentre nel gruppo degli operati la mortalità si eleva al 30,99 %.

La differenza notevole del risultato non è da ascrivere a minore gravità della malattia nei soggetti trattati conservativamente, perchè la maggior parte di questi presentavano il quadro della forma grave di osteomielite.

L'A. pensa che la ragione dei buoni risultati ottenuti (la statistica di mortalità è la più bassa fra quelle riportate nella letteratura) sia da ricercare oltre che nell'immobilizzazione, nell'azione biologica dell'impacco caldo-umido.

A. P.

ITTERI.

Itteri emotivi.

(G. LAVITOLA. *Giornale di Medicina Militare*, settembre 1939).

La più recente e accreditata classificazione degli itteri è la seguente:

1) *Itteri d'origine meccanica o canalicolare*: la bile è ritenuta per ostacolo al deflusso normale, che può essere *intraepatico* (calcolosi, cisti idatidea, ascaridi) ed *extraepatico* (neoplasie comprimenti il coledoco, come tumori della testa del pancreas, cancro dello stomaco e del colon, tumori della faccia inferiore del fegato, aderenze consecutive ad ulcera gastrica, aderenze da peritonite tubercolare, aneurisma dell'aorta addominale, adenopatie dell'ilo epatico). Caratteristica di questi itteri è la colemia totale.

2) *Itteri emolitici*: *a*) ittero emolitico congenito; *b*) ittero emolitico acquisito: acuto (da streptococco, treponema e tossici ematici come l'anilina, il naftol B, la naftalina, il veleno dei funghi, l'idrogeno arsenicale); subacuto (da botriocefalosi, anchilostomia, lombricosi); cronico. Caratteristiche degli itteri emolitici sono: 1) assenza di bilirubina e presenza di urobilina nelle urine; 2) anemie ca-

ratterizzate da diminuizione delle emazie e presenza di forme embrionali e da anisocitosi; 3) fragilità globulare; 4) funzionalità epatica integra.

3) *Itteri di origine epatica*: *a*) itteri infettivi primitivi (ittero catarrale, ittero infettivo benigno, ittero grave) e secondari (pulmonite, tifo, lue, ecc.); *b*) itteri tossici (arsenico, acido picrico, cloroformio, alcoole, fosforo); *c*) itteri nel corso di epatiti croniche (cirrosi); *d*) ittero emolitico.

L'ittero emotivo è dunque una realtà clinica in seguito ad emozione violenta; sopra tutto alla collera ed alla paura si può avere, a distanza di qualche ora o di qualche giorno, l'insorgenza di un ittero.

Brouilland ha descritto il caso di un individuo che mentre si stava sbarbando ricevette una triste notizia: nel rimirarsi poco dopo allo specchio si accorse che la faccia era diventata gialla.

Villeneuve riferisce di un soldato che in seguito a violenta collera per essere stato insultato divenne itterico, nonchè il caso di un abate che nel vedersi aggradito da un cane arrabbiato perdette la conoscenza e diventò giallo.

Marchiafava nel 1931 riferì su tre casi di ittero emotivo maligno, due dei quali furono seguiti all'autopsia, alla quale si osservarono fatti di atrofia gialla acuta.

Ciminata descrisse un caso di ittero emotivo a decorso cronico in una donna.

Durante la recente campagna in Catalogna l'A. ha avuto l'opportunità di studiare tre casi di ittero verificatisi in seguito a bombardamento aereo. La diagnsi di ittero emotivo fu basata oltre che sul fatto che si ebbe la manifestazione morbosa subito dopo la forte emozione, anche per l'assenza di fatti che potessero far pensare ad altre patogenesi.

In effetti non potevano essere di origine angiocolica o canalicolare perchè mancavano segni di occlusione. Non si poteva pensare ad itteri emolitici perchè, pure essendosi trovata alterata la resistenza globulare, il numero delle emazie era normale, il valore globulare era abbastanza alto, non si riscontrò splenomegalia, e la funzionalità epatica non era integra.

Nulla autorizzava a pensare ad un'origine infettiva.

E per quel che riguarda l'origine tossica c'era da sospettare solo l'acido picrico essendo risaputo che soldati hanno talvolta ricorso a questa sostanza per provocare l'itterizia e sottrarsi così agli obblighi militari. Ma nei casi in esame la ricerca negativa dell'acido picramico nelle urine praticate subito dopo l'ammissione in ospedale faceva escludere tale possibilità.

C'era da pensare anche ad un avvelenamento con la nitroglicerina che i soldati possono facilmente procurarsi perchè abbondantemente contenuta nelle cartuccie. Ma la nitroglicerina, tossico distruttore delle emazie, provoca il quadro dell'ittero emolitico che mancava nei casi in questione.

Infine non poteva ammettersi che l'ittero fosse in rapporto ad un'epatite cronica.

Molte sono le teorie avanzate per spiegare il meccanismo patogenetico dell'ittero emotivo.

Si ritenne che l'itetro fosse la conseguenza di un'eccitazione che partendo dalla corteccia cerebrale provocherebbe insieme agli altri concomitanti dell'emozione la contrazione dello sfintere di Oddi e quindi ostacolo al deflusso della bile. Contro tale ipotesi c'è da osservare: *a*) che lo spasmo dello sfintere dovrebbe essere molto prolungato per dare un assorbibimento cospicuo di bile; *b*) che non si spiegherebbe gli itteri emotivi immediati essendo noto che la legatura del dotto coledoco provoca l'ittero solo dopo alcune ore; *c*) non si spiegherebbe il fatto che nell'ittero emotivo le feci hanno colore normale.

Frank ha suggerita la seguente spiegazione: l'emozione determina la dilatazione dei vasi sanguigni dell'addome, abbassamento di pressione dei canalicoli biliari: la differenza delle due pressioni provocherebbe per osmosi il passaggio della bile nel torrente circolatorio.

Plantier attribuisce l'ittero emotivo all'apnea più o meno completa e prolungata che accompagna le emozioni violenti. Sta di fatto però che l'apnea è solo momentanea e perciò non può influire sulla funzione epatica.

Abrami pensa ad un'azione simpatica che provocherebbe una specie di blocco funzionale da ischemia delle cellule epatiche analoghe alle oligurie funzionali dei neuropatici.

Allo stato dei fatti nessuna ipotesi risulta pienamente convincente.

Certo è che nell'insorgenza dell'ittero emotivo ha gran parte la costituzione individuale, in quanto il disturbo è favorito dalle alterazioni dell'equilibrio vago-simpatico.

Dal punto di vista medico-legale è da notare che l'ittero emotivo deve considerarsi come malattia dipendente da cause di servizio.

DR.

La lesione del rene nell'ittero da ostruzione.

(L. L. THOMSON, W. P. FRAZIER e I. S. RAVDIN. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, marzo 1940).

Gli AA. ritengono che la « nefrosi colemica » non sia stata abbastanza studiata, sebbene si sia sempre sostenuto che le lesioni renali siano frequentissime nelle malattie epatiche.

Wilensky ha notato che la sindrome epatorenale, più frequente nelle malattie del fegato e delle vie biliari, si ha anche dopo interventi chirurgici per cancro della mammella, per ulcera gastrica, per uso di alcuni medicamenti,

per tossiemia della gradivanza, per tirotossicosi, per scottature e per occlusione intestinale. Wilensky ha anche dato importanza ad un rapporto filogenetico fra fegato e rene, che in alcuni animali si manifesta con una vena portale al rene. Anastomosi vascolari tra fegato-rene sono noti nell'uomo e negli animali.

Secondo Elsom la nefrosi colemica si può avere anche senza albuminuria e questo è un carattere differenziale dalle altre forme di nefrosi.

L'azotemia è aumentata in gran parte delle malattie epatiche secondo Wilensky.

Non è molto chiaro il meccanismo con cui si producono alterazioni renali nell'occlusione delle vie biliari. Secondo Lichtman e Sohoal l'anuria e l'azotemia dipendono da una derivazione prerenale dei liquidi. Chewart e Cantarow produssero lesioni renali nei cani mediante iniezioni endovenose di acido deidrocolico.

Nell'ostruzione delle vie biliari si hanno danni epatocellulari, quindi il rene può essere colpito. Ravdin ha trovato un aumento della colina e dell'istamina nel fegato di cani col dotto epatico comune legato.

Boyn e Mc Fetridge sostengono che la « morte epatica » dipenda da penetrazione in circolo di una tossina proveniente dalle vie biliari ostruite e che agisce sui tubuli renali. Invece Heyd non ammette una correlazione fra anuria e lesioni renali col fegato nelle malattie biliari e divide in tre gruppi le morti epatiche: 1) l'esaurimento epatico dovuto a intervento chirurgico; 2) insufficienza epatica che segue la cessazione dell'ostruzione per iperemia susseguente in un fegato già compromesso; 3) intossicazione pancreatica in malattia del dotto comune con pancreatite senza ittero.

Dourmashkin ha descritto due casi di coesistente cirrosi epatica e stenosi uretrale in cui, dopo il cateterismo uretrale, si ebbe una sindrome acuta epatorenale e morte.

L'alterazione renale anatomica della nefrosi colemica è nettamente localizzata ai tuboli.

Gli AA. hanno studiato 32 casi di ostruzione biliare con ittero collo scopo preciso di stabilire l'incidenza delle lesioni renali. Tutti i malati furono operati e 5 morirono. Sei avevano urina con peso specifico di 1015 o meno e 16 di 1020 o meno. In tutti c'erano almeno tracce di albumina, ma in quantità maggiori in 17. (Questo contrasta coll'affermazione di Elson). In 13 c'erano cilindri. Parecchi avevano anche azotemia elevata. Se c'era una lesione renale preesistente, questa era intensificata dalla nefrosi colemica. Quest'asserzione è basata sul fatto che nei casi gravi, mortali, la lesione non è stata solo tubulare, ma anche glomerulare. In nove c'erano lesioni renali preesistenti, l'alterazione renale colemica scompare rapidamente dopo la guarigione dell'ostruzione biliare. L.

DIVAGAZIONI

Gli effetti fisiopatologici delle acrobazie aviatorie.

Gli effetti fisiopatologici delle accelerazioni che si esercitano sull'organismo dell'aviatore, principalmente nel corso del volo acrobatico, hanno costituito l'oggetto di interessanti ricerche cliniche e sperimentali.

Il volo in linea retta può raggiungere velocità estreme senza produrre effetti dannosi, ma non è così del volo in linea curva. In quest'ultimo caso, anche se la velocità rimane uniforme, l'individuo subisce l'azione di un'accelerazione tanto più intensa quanto maggiore è la velocità e più piccola la curva. Sembra strano che si parli di accelerazione con velocità costante, ma in effetti l'accelerazione non esprime soltanto un cambiamento di velocità in grandezza, ma anche in direzione per effetto della forza centrifuga. L'accelerazione sviluppa una forza in opposizione a quella d'inerzia, che è anche l'espressione della resistenza della massa al cambiamento di posizione.

L'accelerazione è trasmessa al soggetto da qualche punto di contatto, e ciascun organo, ciascuna parte del corpo resiste ad essa con una forza d'energia propria, proporzionale alla sua massa, producendo così nell'intero organismo sforzi pericolosi. Si possono perfino avere lacerazioni e disinserzioni del fegato, della milza, dei reni, ecc. analoghe a quelle che si hanno nell'arresto improvviso durante le cadute, arresto che tutto sommato rappresenta un'accelerazione negativa intensa e breve.

Ma, come hanno rilevato P. M. Bergeret e L. Gougerot (*Travail humain*, marzo 1939 e *Revue du Service de santé militaire*, agosto 1939), nel volo acrobatico gli effetti dell'accelerazione si esercitano essenzialmente sull'albero circolatorio e secondariamente sull'apparato vestibolare, ed hanno al riguardo fatte interessanti ricerche sperimentali e cliniche.

Gli esperimenti sono stati praticati mediante centrifughe, nelle quali sono stati disposti animali e uomini. Le indagini cliniche sono state fatte registrando le costanti fisiologiche degli aviatori nel corso del volo acrobatico.

Le une e le altre sono ancora incomplete, i loro risultati di difficile interpretazione, e comunque non possono sovrapporsi esattamente perchè le accelerazioni della centrifuga sono molto differenti delle accelerazioni dell'acrobazia. La ristrettezza del volume della centrifuga ed il piccolo raggio di rotazione determinano sulle varie parti del corpo accelerazioni diverse a seconda le loro posizioni. Malgrado ciò i risultati ottenuti mediante la centrifugazione hanno un notevole interesse pur non prestandosi a generalizzazioni.

Le accelerazioni possono esercitarsi in direzioni principali (testa-sedile, sedile-testa e ventre-dorso), ma quella delle acrobazie abituali è quella testa-sedile, e che con la cen-

trifugazione si ottiene disponendo l'animale o l'individuo in esperimento con la testa verso il centro ed i piedi verso l'esterno.

Ionghloed e Noyons hanno constatato in queste condizioni un abbassamento considerevole della pressione arteriosa nella carotide che può giungere fino a zero. Contemporaneamente alla radiografia si nota un difetto impressionante dal riempimento del cuore e dei grossi vasi della base, e nelle scimmie perfino lo svuotamento completo del cuore.

Le cadute della pressione nelle arterie cervico-encefaliche sorpassa di molto quella che indica il calcolo per un liquido della medesima densità in un apparato circolatorio supposto rigido. Ed in particolare là dove si calcolerebbe un abbassamento del 16 % nella carotide, l'esperienza sull'animale rivela una caduta del 75 %. Quindi le condizioni idrostatiche della pressione non consentono di spiegare le variazioni che si hanno in pratica.

Occorre tener conto con molta larghezza dell'accumulo di sangue nelle parti del corpo verso le quali è diretta l'accelerazione, e precisamente nell'addome e negli arti inferiori. Diringthofen ha constatato nell'uomo in centrifuga un aumento del volume delle gambe che si accentua con l'accelerazione. La prova che questo accumulo di sangue ha un'influenza sulla caduta della pressione è dato dal fatto che la compressione degli arti inferiori e dell'addome nel corso dell'esperimento produce un miglioramento della pressione.

La sottrazione di sangue prodotta dal detto accumulo riduce la quantità di quella disponibile per la circolazione a livello del cuore, donde il difetto di riempimento rilevato dalle radiografie e la diminuzione dell'onda cardiaca sistolica che spiega la caduta della tensione.

Certo entrano in giuoco i meccanismi cardiaci regolatori della circolazione, encefalica, che consentono di elevare la tolleranza alle accelerazioni ma solo per quelle molto deboli.

Ora vien fatto di domandarsi se i risultati delle esperienze in centrifuga (caduta della pressione encefalica in seguito all'accumulo del sangue negli arti inferiori e svuotamento del cuore) sono del tutto applicabili all'areoplano.

Perchè si possa stabilire la dilatazione vasale occorre un tempo superiore alla durata della maggior parte delle acrobazie. L'accelerazione subìta in areoplano, improvvisa e breve, non lascia il tempo necessario all'accumulo del sangue verso il basso, nè consente lo stabilirsi dei meccanismi regolatori. Determina perciò effetti più immediati regolati dalle leggi dell'idrostatica pura. Solo nei casi di spirali verticali prolungate per 20-30 secondi si hanno tutti gli effetti constatati nella centrifuga. L'organismo umano offre una resistenza considerevole alle accelerazioni istantanee anche quando siano molto elevate.

Comunque, sia che si tratti di fenomeni idrostatici puri o amplificati da modificazioni cardio-vasali, il risultato essenziale delle accelerazioni testa-sedile è la caduta della pressione nel sistema arterioso cervico-encefalico.

La caduta della pressione provoca due fenomeni successivi il *velo nero davanti agli occhi*, determinato dalla soppressione della circolazione retinica, e la *perdita della conoscenza*, dovuto all'arresto della circolazione cerebrale.

Il « velo nero » precede la « perdita della conoscenza » per le seguenti ragioni precisate da Ranke. Normalmente, in posizione verticale, il punto nel quale la pressione del liquido cefalo-rachidiano è uguale a quella atmosferica è il foro occipitale: al vertice, ossia 10 cm. al di sopra, si ha una depressione di 10 cm. di acqua. Questo equilibrio è controllato dalla pressione delle vene rachidee, che nel caso dell'accelerazione testa-sedile si vuotano nelle vene addominali e pelviche. Pertanto il liquido cefalo-rachidiano tende a raccogliersi nel canale rachideo, anche perchè ne è spinto dalla depressione relativa nella cavità cranica, che fa dilatare i vasi e consente quindi l'apporto di sangue anche se la pressione cade a zero, ossia alla pressione atmosferica nelle arterie della base. La cavità chiusa del cranio fa da ventosa. Viceversa le arterie dell'occhio che irrorano un organo sottoposto alla pressione atmosferica, aumentata anche dalla tensione normale del globo oculare, finiscono per collabire. Perciò l'aviatore perde la vista prima della conoscenza.

L'accelerazione sedile-testa è più rara, ma più pericolosa. Anche per piccole accelerazioni la pressione carotidea aumenta del cento per cento, il cuore subisce un notevole rallentamento con extrasistoli e difetto del riempimento.

Rapidamente sopravvengono fenomeni gravi ed anche la morte dopo qualche secondo di accelerazione. Armstrong e Heins all'autopsia trovano sangue libero nel cranio, petecchie e rotture delle arterie. È interessante che i disturbi verificatisi nel corso di quest'accelerazione sono persistenti.

Le accelerazioni ventre-dorso sono viceversa ben tollerate. Le esperienze fatte sulla scimmia e sull'uomo dimostrano che il riempimento del cuore rimane soddisfacente. Compaiono per primi i disturbi respiratorî dovuti senza dubbio alla compressione toracica determinata dalla forza centrifuga e forse anche dall'accumulo di sangue nelle parti posteriori dei pulmoni con la conseguente diminuzione della superficie di ematosi.

Le azioni delle accelerazioni in direzione o forze centrifughe sugli organi vestibolari, otoliti e canali semicircolari possono essere pericolose in quanto determinano vertigini e sensazioni illusorie di discesa e di ascesa, di rotazione accelerata e di arresto di rotazione.

Il meccanismo di produzione di questi disturbi non è ancora chiaro. Dr.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

In memoria del prof. Fabio Rivalta. La « *reazione di Rivalta* ». Scritti medici in suo onore.

In un volume di 400 pagine, edito in bella veste tipografica dai fratelli Lega di Faenza, l'associazione medica romagnola ha raccolto alcuni studi relativi alla notissima « reazione del Rivalta », che da 40 anni ha reso celebre il nome dell'illustre Primario di Cesena, ed ha aggiunto, in onore del collega scomparso il 2 settembre 1938, diversi lavori scientifici che documentano l'attività degli ospedali delle città di Romagna e dei sanitari della regione.

La biografia del Rivalta e l'illustrazione della sua opera scientifica sono tracciate accuratamente dal prof. Sega, mentre alcuni studi di M. Chiadini e di U. Gironi riguardano la « reazione del Rivalta ».

Seguono nel volume: una relazione di G. Cavina, già primario chirurgo a Cesena, relativa a « un migliaio di interventi sullo stomaco e sul duodeno », uno studio dell'assistente del prof. Marinelli, uno del prof. Solieri che riconferma le sue esperienze « sull'uso dell'argento colloidale nella flogosi delle sierose »; alcuni studi sulla « nefrosi lipoidea » e « sulle turbe ovarioprive » degli assistenti dell'Ospedale di Faenza, nonchè un interessante lavoro del dott. Collina su « una forma di cardiopatia congenita famigliare che ha colpito 8 congiunti ».

Nel campo delle malattie esotiche e coloniali sono riportate diverse memorie: di Poggi e Monti su « un esteso focolaio di Leishmaniosi cutanea verificatosi in provincia di Forlì », di F. Pullé che riassume lo stato della Leishmaniosi in Italia; di Corinaldesi che tratta « della febbre esantematica Mediterranea »; di Giugni e di Fontana che riguardano la « diffusione delle febbri melitensi e la vaccinoterapia endovenosa ».

Dell'Ospedale di Ravenna sono riportati alcuni importanti studi dell'Ortali sulla « chirurgia dell'ernia voluminosa ombellicale » e sull'apparecchio da lui ideato per le fratture dell'omero; del prof. Fontana che illustra « alcuni casi di emorragia subaracnoidea »; ed altri interessanti lavori degli assistenti delle sezioni medico-chirurgica.

Dell'Ospedale di Rimini si leggono: un pregevole studio del prof. Sega « sull'anemia emolitica, tipo Marchiafava-Micheli »; e del prof. Silvestrini « sulla talassologia medica ».

Il prof. Pasini di Alfonsine illustra « un caso di osteomielite primaria della clavicola », e il dott. Malagola di Lugo « un caso di paralisi ascendente di Landry ».

Interessanti infine alcuni studi di storia della Medicina, dovuti al prof. Giugni, che documenta alcune circostanze nuove, relative alla immatura morte di Vincenzo Bellini, e a quella pure immatura del Principe Napoleone Luigi Buonaparte, avvenuta a Forlì nel 1831, che coinvolse in un'aspra polemica il suo medico curante prof. Camillo Versari.

Il bel volume, ampiamente diffuso dalla Società Medica Romagnola, ha avuto già benevoli recensioni in Italia, e all'estero specie da parte di periodici di Medicina Americani e Tedeschi. Esso documenta l'operosità degli importanti ospedali di Romagna e dei suoi valenti sanitari, che fraternamente onorano la memoria di quelli tra loro che hanno benemeritato della Scienza e della Patria.

F. G.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

BARBÉ A. *Psychiatrie*, 2ª edizione, Masson e C.ie Editeurs, Paris, 1939, p. 197. Doll. 0.70.

È una piccola modesta opera di un noto e valoroso psichiatra, che della sua attività, della sua esperienza, della sua coltura ha date ben maggiori documentazioni in lavori di molto diversa mole e importanza. Trattasi di un volumetto senza pretese, che si propone una finalità ben definita, diremmo imposta del carattere della collezione di cui fa parte, che è di « iniziazione medica »: quindi rimane nei limiti di una semplice e chiara « iniziazione psichiatrica ». Si tratta di una succinta esposizione didattica dei principî fondamentali della semeiotica e della diagnostica delle malattie mentali, con brevi cenni sui complessi sintomatici che costituiscono i quadri clinici di questo specialissimo ramo di patologia.

Comunque, il lavoro possiede una impronta originale, che lo rende non comune e di speciale interesse; ed è nel modo di orientare l'esame e i suoi componenti indagativi, differenziando ogni espressione della mentalità del soggetto, che si distanzi dalla normalità per i sui caratteri intrinseci, e più ancora per quelli comparativi con espressioni simili ma di struttura psichica ben diversa.

L'esame mentale è di netta struttura psicologica e si completa con quello fisico e biologico.

Il libro porta una breve prefazione di Jules Séglas, venuto a mancare dai viventi or è poco tempo, e che fu dei maggiori e più produttivi maestri della psichiatria francese.

G. MÒGLIE.

K. SCHNEIDER. *Psychischer Befund und psychiatrische diagnose.* Edit. Thieme, Lipsia. Prezzo RM. 1,40.

Breve ma succosa dissertazione sulla necessità di bene apprezzare i singoli disturbi mentali per formulare un'esatta diagnosi psichiatrica.

DR.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

I. M. NESTOR. *Examenul Evolutiei psihologice a copilului de la una zi la sase ani.* Un vol. in-16° di 156 pagg., con 45 figg. e 17 tab. Soc. Romȃna de cercet. psihologice, Bucuresti, 1940. Prezzo Lei 120.

L'A. appassionato e competente studioso di psicologia si occupa in questo suo lavoro delle applicazioni del metodo di Bühler e Hetzer, per l'esame dei piccoli bambini. Esame difficile, che richiede accorgimenti speciali, sia per le prove che devono corrispondere alle situazioni naturali della vita, sia per le qualità che deve avere lo stesso osservatore, in quanto egli deve guadagnarsi la confidenza del bambino per renderlo comunicativo.

L'A. ci indica così la tecnica da seguirsi per tale esame, che incomincia fin dal primo mese di vita e si estende fino ai 6 anni. Per ogni età, sono dati i criteri di valutazione, che non è soltanto quantitativa, ma anche qualitativa; la prima permette di calcolare l'età di sviluppo psicologico, la seconda è praticamente assai utile, perchè da essa si desume in quale direzione il bambino ha più bisogno di assistenza psicologica. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 18 marzo 1940-XVIII

Presiede: prof. L. DOMINICI, presidente.

Anemia sperimentale da amputazione di arti.

V. JURA. — La sindrome in parola si riferisce a quelle anemie secondarie, per lo più transitorie, le quali seguono ad interventi demolitivi di organi o tessuti che hanno influenza sulla ematopoiesi.

L'O. sulla guida di fatti clinici, già da lui illustrati, ha sperimentato in cani che ha disarticolato sull'anca.

L'O. avendo in precedenza accertato i valori preoperatori ematologici, nei giorni che seguirono all'intervento (espletato senza emorragia e senza perdita di sangue) ha dimostrato una riduzione della cifra dei globuli rossi e dei valori della emoglobina. Così si ebbe dal 2° al 3° giorno in poi la comparsa di un'anemia a carattere progrediente fino al 10°, 15° giorno. Di poi i fenomeni anemici andavano regredendo man mano, fino a compensarsi del tutto o quasi dopo 20, 30 giorni dalla disarticolazione dell'anca.

Da quanto innanzi, l'O. ammette la comparsa di anemia iporigenerativa secondaria ad amputazione degli arti, di origine mielogena.

La sindrome dolorosa dolla fossa iliaca destra nella mancata od incompleta rotazione del colon prossimale.

F. LOBELLO. — L'O. presenta un caso di mancata rotazione del colon prossimale in una donna di a. 26 ricoverata in Ospedale per appendicite subacuta. Tale errore evolutivo fu radiologicamente diagnosticato dopo che all'intervento si constatò che tutto l'emiaddome destro era occupato dal tenue mentre il ceco trovavasi nella fossa iliaca sin. In seguito, pur essendo stata asportata l'appendice, la donna ebbe due identiche crisi dolorifiche al quadrante inferiore d., questa volta senza vomito e febbre. I ripetuti esami clinici, suffragati dalle necessarie indagini radiografiche, avevano esclusa qualsiasi lesione viscerale.

L'O. fa notare come nella letteratura figurino abbastanza frequentemente sofferenze localizzate alla fossa iliaca destra negli individui portatori di tali errori evolutivi, sofferenze che, grazie ad alcuni caratteri speciali, permettono l'esclusione di una flogosi appendicolare. La genesi di tali disturbi andrebbe ricercata nelle molteplici alterazioni, inerenti al vizio di posizione intestinale.

Dimostrazioni istologiche di tumor polmonari.

I. RIZZI. — L'O. illustra tre casi di tumore polmonare presentandone le radiografie e i preparati istologici.

Dal punto di vista clinico questi casi si prestavano alla confusione colla tubercolosi; l'immagine radiologica era quella tipica di una lobite superiore sclerotica con formazioni cavitarie. All'autopsia fu riscontrato nel 1° caso un carcinoma a epiteli cilindrici pseudo-adenomatoso, accompagnato a intensa sclerosi, che aveva invaso tutto il lobo superiore del polmone con erosione delle coste, delle vertebre e compressione midollare.

Nel 2° un carcinoma cavitario a epiteli piatti, con perle epiteliali e intensa sclerosi marginale, pure del lobo superiore. Nel terzo caso la diagnosi fu fatta su una biopsia di una metastasi inguinale che mostrò un carcinoma a epiteli poligonali con cellule chiare schiumose.

L'O. discute le classificazioni dei tumori polmonari. Dal punto di vista macroscopico quasi tutti gli OO. ammettono vari tipi fondamentali (a nodo unico, a nodi multipli, massivo, pleuro polmonare, cirrotico, ecc.). La classificazione istologica presenta invece notevoli difficoltà e ciò per vari elementi: il carattere evolutivo della cellula polmonare, il fenomeno di accomodazione istologica e i vari tipi cellulari esistenti nel polmone (bronchiale cilindrico, bronchiolare cubico, alveolare piatto, ghiandolare mucoso).

Una classificazione parallela a quella macroscopica non è possibile; il criterio istogenetico è pure incerto perchè non si può sempre stabilire l'elemento cellulare da cui si è sviluppato il tumore; il criterio morfologico è il più pratico e in base a questo si dividono i tumori in 4 tipi: microcitomi (a piccole cellule indifferenziate), a cellule piatte (corneificate o no), a cellule cilindriche, a cellule polmonari.

L'O. mette in rilievo inoltre le modalità di diffusione: nel 1° caso era avvenuta verso le parti contigue, senza alcun interessamento delle vie linfatiche polmonari; nel 2° era limitata all'interno della cavità sclerotica; nel 3° da un nodo apicale si era avuto disseminazione polmonare omolaterale.

Discute infine l'importanza della sclerosi polmonare apicale nella genesi e nella evoluzione dei tumori polmonari; essa agirebbe sia bloccando le vie linfatiche di deflusso, sia come stimolo eccitatore per la produzione del tumore; a questo proposito accenna al problema dei rapporti tra tubercolosi e cancro.

G. GIARDINO. — *Proiezione di due films di chirurgia stomatologica.*

Il Segretario: prof. L. IMPERATI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Nelle metrorragie delle giovani senza reperti genitali.

M. Samuel (*Praxis*, 4 aprile 1940), nelle metrorragie delle giovani, con esame locale genitale negativo, emorragie che sono probabilmente in rapporto con disturbi endocrini, consiglia l'iniezione endomuscolare di 10 cmc. di sangue di gravida e di altrettanta quantità di latte di donna, da prelevarsi nell'intermestruo, 12-14 giorni dopo l'inizio dei mestrui. Il metodo è indicato anche nelle malattie generali, che provocano forti emorragie, come la trombopenia. In 4 casi, con iniezioni cicliche, ottenne la guarigione in 3-4 anni (durata di osservazione 5 anni); in altri 2, si ebbero notevoli miglioramenti ed il successo si ebbe dopo la trasfusione di 400 cmc. di sangue di gravida; la menorragia copiosa che durava 8-10 giorni venne ridotta a 3-4, con cicli di 26 giorni e perdite un po' abbondanti limitate al primo giorno. *fil.*

Contro il raschiamento uterino per la diagnosi di gravidanza extrauterina.

E. Debiasi (*La Clinica ostetrica e gin.*, marzo 1940) osserva che in alcuni casi, è necessario usufruire di vari accorgimenti per arrivare alla diagnosi di gravidanza extrauterina. È stato consigliato, fra l'altro, anche il raschiamento dell'utero, che subisce delle modificazioni anche se la gravidanza si compie al di fuori dell'utero.

Le premesse teoriche sono inoppugnabili, come dimostrano due osservazioni personali dell'A. In una, si trattava di un caso di gravidanza extrauterina, con esito in aborto ed ematocele, senza decidua nell'utero, mentre nell'altra, vi è stata espulsione del tipico stampo deciduale, che portò alla diagnosi di gravidanza extrauterina, la quale fu esclusa alla laparatomia.

Nessuna certezza può quindi dedursi dall'esame microscopico del materiale prelevato col raschiamento uterino nel sospetto di gravidanza extrauterina. Tale intervento risulta quindi inutile ai fini della diagnosi e deve solamente essere considerato dal punto di vista della terapia. *fil.*

I pericoli di un nuovo metodo per la provocazione di aborto criminoso.

La fantasia di chi vuole criminosamente sbarazzarsi del prodotto del concepimento non conosce limiti. Qualche tempo fa è stata in voga l'introduzione, del collo dell'utero, di una piccola pasticca di permanganato di potassio, metodo derivato da quello più antico della introduzione del nitrato d'argeno e destinato a tramontare, sia perchè richiede l'intervento di persona esperta, sia perchè dava gravi emorragie e non la certezza della riuscita.

G. Massimi (*La Clinica ostetrica e gen.*, febbr. 1940) ci dà ora notizia di un altro sistema, che consiste nell'introdurre in vagina una bottiglietta rotonda, di giuste proporzioni, a bocca larga, contenente ammoniaca; in qualche caso, è stata usata una miscela di etere ed ammoniaca, con cui viene facilitata l'evaporazione.

Ma il metodo può riuscire pericoloso per le ustioni che ne possono derivare alla vagina e che rendono necessarie delle cure speciali. L'A. ne riferisce due casi di osservazione personale; in uno, vi era una vasta ustione della parete anteriore della vagina, estesa fino al fornice di destra con escara in decomposizione, oltre a sepsi abortiva per putrefazione di residui ovarici. Nell'altro, l'ustione era profonda e si trovava al fornice vaginale destro, interessante anche il collo dell'utero ed estesa alla parte anteriore della vagina. Entrambe le donne furono curate con lavature vaginali con soluzione di permanganato di potassio a 0,25 per mille. Nel secondo caso, è interessante il fatto che la donna, essendosi recata a farsi visitare in una Maternità per le perdite vaginali fetide, ora stata fatta diagnosi di carcinoma ulcerato del collo consigliando l'intervento d'urgenza. *fil.*

Mancato secondamento.

Un caso doloroso, ma istruttivo di mancato secondamento viene riportato da A. Giaccone (*La Clinica ostetrica e ginecologica*, gennaio 1940). Dopo un parto normale con feto vivo, visto che il secondamento spontaneo non avveniva, la levatrice aveva tentato di favorirlo con spremiture e, purtroppo, con trazioni sul cordone, che aveva finito per strapparsi dalla sua inserzione placentare. Il medico, chiamato a questo punto, trova l'utero atteggiato a clessidra, assenza di emorragia e del cordone e ritiene impossibile il secondamento artificiale... perchè mancava la guida del cordone per introdurre la mano nell'utero. Ed attende tre giorni, durante i quali non ristà dal fare esplorazioni e tentativi d'intervento. La donna viene portata in ospedale in pessime condizioni. Il collo dell'utero è permeabile a due dita; con la dilatazione digitale graduale, si stacca la placenta, ancora in parte aderente alla parete uterina, ed in stato di avanzata putrefazione. Peggioramento delle condizioni e morte della donna dopo 5 giorni di degenza. *fil.*

L'anuria del post-partum.

L'anuria od un'estrema oliguria nel periodo immediatamente susseguente al parto costi-

tuisce un problema clinico assai serio e di notevole gravità; sui 75 casi della letteratura, vi è una mortalità dell'84 %. Fra le cause, sono da menzionarsi l'eclampsia ed il tipo cronico ipertensivo di tossiemia, oppure la necrosi corticale bilaterale dei reni.

G. F. Madding, M. W. Binger e A. B. Hunt (*Journ. Amer. Med. Ass.*, 24 marzo 1940) riferiscono il caso di una primipara che, una settimana prima dell'epoca del parto, presentava un lieve edema della faccia, senza nessun segno di tossiemia della gravidanza. Il medico, per accelerare il parto somministra del chinino e dell'olio di ricino. Si stabilisce il parto, che dura 14 ore, con espulsione di un feto morto nell'utero all'inizio dei dolori. Due gravi metrorragie, ematemesi ed enterorragia. Zaffamento dell'utero e trasfusione di sangue. Subito dopo il parto, si stabilisce un'estrema oliguria (pochi cmc. di urina) che dura per 8 giorni. Notevole edema della faccia, azotemia fino a 266 mg. per 100 cmc., buone condizioni mentali e discrete generali, salvo nausea e vomito; mancanza di lesioni urologiche, nell'urina, albuminuria notevole, emazie e pus; notevole creatininemia (mg. 12,6). Con la cura adatta, ricomparve la diuresi e la paziente lasciò la clinica guarita.

Con tutta probabilità la causa della necrosi corticale bilaterale dei reni (nonchè la morte del feto nell'utero) era da attribuirsi alla chinina, che altre volte nella stessa paziente aveva determinato forti dolori renali ed è strano che vi siano ancora dei medici che usano la chinina per affrettare il parto.

Il trattamento di queste forme di anuria del post-partum consiste nell'abbondante somministrazione di liquidi, anche se vi è edema; in caso di vomiti, si fanno iniezioni endovenose di soluzione al 20 % di destrosio (500 cmc. con 10 cmc. di aminofillina); se vi è tendenza all'acidosi, si fanno iniezioni endovenose di 500 cmc. di bicarbonato di sodio al 5 % e si somministra questo per bocca (cg. 65, 3 volte al giorno). Alimentazione ipoclorurata, non diuretici specialmente i mercuriali! Transfusione di sangue se necessaria. Eventualmente, se la concentrazione delle proteine nel siero è bassa (inferiore al 5 %), iniezione endovenosa di gomma arabica (500 cmc. della soluzione al 6 %) ogni giorno od a giorni alterni fino ad un totale di 90 g. di gomma.

fil.

La gonoreazione nel puerperio normale e patologico.

A. Tavella (*La Clinica ostetrica e ginecol.*, aprile 1940) ha eseguita la gonoreazione su 400 donne in stato di puerperio normale e patologico ed in quello abortivo. La positività della gonoreazione aumenta, passando dal puerperio afebbrile a quello subfebbrile, per raggiungere una percentuale elevata (52, 53 %) in quello nettamente patologico.

L'utilità, la specificità ed il valore diagnostico della gonoreazione non sono più discutibili. Risulta inoltre dalle ricerche dell'A. che lo stato puerperale non influisce sul valore di essa, che la presenza di una lues in atto o pregressa non apporta ad essa una positività consensuale e che lo stato febbrile causato da altri germi non ne falsa i risultati.

Per quanto riguarda la tecnica, l'A. dà la preferenza alla reazione di emolisi, anzichè a quella di flocculazione e descrive il metodo da seguirsi, in tutti i suoi particolari.

fil.

LABORATORIO

Una nuova prova diagnostica (galattosio) per le malattie della tiroide.

T. L. Althausen, J. C. Lockhart e M. H. Soley (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, marzo 1940), riprendendo un lavoro precedente pubblicato da loro stessi due anni fa, hanno studiato la tolleranza al galattosio in 130 ammalati di ipertiroidismo, 121 senza iperattività della tiroide e 7 con mixedema.

La prova si compie dando per bocca 40 gr. di galattosio sciolti in 400 di acqua e determinando il contenuto del sangue in galattosio dopo 30 e 60 minuti.

Nei soggetti normali ebbero un massimo di 19 mg. % dopo 60 minuti. Curve basse o normali ebbero pure in malati di malattie diverse dall'ipertiroidismo o dal mixedema e precisamente in casi di diabete mellito, m. di Addison, acromegalia, m. di Cushing, osteite fibrosa cistica, ipoglicemia spontanea, insufficienza congestiva del fegato, ipertensione, anemia secondaria, ulcera peptica, cancro dello stomaco, colite ulcerativa idiopatica, artrite reumatoide, osteosarcoma, sifilide, pellagra, anoressia nervosa, diarrea, ipermotilità intestinale, menopausa. Negli ipertiroidei si ha dopo 60 minuti un massimo di 68 mg. % di galattosio in media. In 22 malati sottoposti successivamente alla tiroidectomia, 18 ebbero ritorno della curva al normale dopo l'intervento, 2 curva più bassa di prima dell'intervento e 2 curva non modificata. La curva dei mixedematosi ha dato contenuto basso di galattosio nel sangue (da 3 a 11 mg. %) in 6 casi e assenza di galattosio in uno.

La tolleranza al galattosio, fu trovata normale in malattie che simulavano clinicamente l'ipertiroidismo e precisamente in 8 malati di ansietà con iperventilazione, 4 malati di cuore con metabolismo basale aumentato, tre con adenoma non tossico della tiroide e due con struma di hasimoto.

Fu trovata alterata la curva del galattosio in 11 malati di ittero e in 18 di m. di Paget, che sono le sole malattie in cui la curva del galattosio è simile a quella dell'ipertiroidismo.

Riassumendo: valori di galattosio nel sangue superiori a 40 mg. % indicano ipertiroidi-

smo e valori al disotto di 10 mg. ipotiroidismo.

La prova del galattosio è, secondo gli AA., più sicura del metabolismo basale nella diagnosi di ipertiroidismo. L.

MEDICINA SCIENTIFICA

Una dimostrazione dell'origine aerogena della tubercolosi.

Sono note le controversie sulle vie d'infezione della tubercolosi, per cui i clinici sostengono generalmente quella aerogena, che porta alla lesione polmonare iniziale, accompagnata da lesioni satelliti dei gangli tracheobronchiali. I laboratoristi, invece, hanno osservato che quando si tenta di riprodurre l'infezione per via aerogena, si ottengono delle lesioni diffuse, per nulla simili a quelle che si hanno nell'uomo; inoltre, essi osservano che con la polverizzazione degli sputi, quale si fa per infettare l'animale aerogeneticamente, si provoca anche, per deglutizione, un'infezione digestiva. L'unica infezione sperimentale per via aerogena si ottiene con iniezioni cruente attraverso la trachea o con l'inoculazione diretta nei bronchi mediante la sonda, metodi che si allontanano di molto dalla realtà.

J. Trosier (*Paris méd.*, 3-10 febbraio 1940) è però riuscito a realizzare sperimentalmente l'infezione per via aerogena mediante l'artificio usato da Laidlaw e Andrews, nei loro lavori sulla trasmissione del virus influenzale da furetto a furetto, ricorrendo cioè all'anestesia.

Con l'animale in anestesia generale completa, Troisier è così riuscito a dimostrare che, l'instillazione nasale di una gocciolina di coltura di bacilli di Koch è seguita — dopo 3 minuti dall'arrivo dei bacilli acido-resistenti nella cavità alveolare: dopo altri 2 minuti, una parte di tali bacilli è fagocitata dalla cellula monocitaria alveolare, prima di ogni arrivo di polinucleari.

L'infezione polmonare provocata dall'arrivo dei facilli determina, nei giorni seguenti, una reazione polmonare del tipo pneumonico; d'altra parte, l'infezione ha già raggiunto i gangli tracheo-bronchiali. Uno-due mesi dopo, si può osservare un complesso primario gangliopolmonare tipico, con degenerazione caseosa simultanea del nodulo polmonare ed una pullulazione dei bacilli acido-resistenti nell'ulcera da inoculazione. *fil.*

VARIA

Un ingegnoso mestiere.

Un certo Sherman C. Amsden viveva poveramente a Nuova %ork, provando ora uno ora altro mestiere, commercio o industria, senza riuscire a farsi strada. Ora è diventato ricco per mezzo del telefono.

Nel 1924 un suo conoscente medico gli diede la notizia della morte d'un amico comune e aggiunse: — Se fossi stato avvertito in tempo forse lo avrei salvato. Ma pranzavo a un ristorante e quando tornai a casa seppi che ero stato chiamato parecchie volte e cercato qua e là; e oramai era tardi.

La vostra impressione si sarebbe limitata a un più o meno vivo rammarico; ma in Amsden dall'impressione sorse un'idea: istituire un ufficio di ricerca telefonica delle persone urgentemente desiderate, e quindi specialmente dei medici. I clienti danno a questo ufficio il programma orario dei loro movimenti, risparmiandosi la fatica di avvertire parecchie persone ed essendo sicuri di essere rintracciati a qualsiasi ora della notte, quando in casa si dorme e in ufficio non c'è nessuno. Il cliente, l'amico, il parente sanno che basta telefonare all'Agenzia Amsden e che in brevissimo tempo la persona è trovata.

Cominciò con una cinquantina d'abbonati, ora ne ha molte migliaia: ha stabilito uffici in venticinque grandi città e quello di Nuova York occupa parecchi piani d'un grande edifizio ed è servito da un gran numero d'impiegati.

I clienti sono associazioni, magazzini, banche ma sopra tutto medici. E forse più d'un medico ci tiene a far sapere che è abbonato all'Agenzia Amsden per dar l'impressione d'essere molto ricercato e di avere una grande clientela.

(*Dal « Giardino di Esculapio »*, apr. 1940).

FORMULARIO.

Nella dismenorrea.

G. W. Ainlay (*Amer. J. Obst. a Gyn.*, gennaio 1940) consiglia:

Acido acetilsalicilico	cg.	30
Fenacetina	»	20
Cloridrato di propadrina	»	5

Per una capsula. Da prenderne tre al giorno, al primo inizio dei disturbi dismenorroici, continuando eventualmente fino al terzo giorno del periodo. Spesso, l'effetto si ha entro pochi minuti ed è notevole, oltre che sui dolori, specialmente sullo stato di depressione fisica e mentale. La cura non determina disturbi di sorta. Le dismenorree, che non cessano al terzo giorno, sono da ritenersi dovute a lesione organica. *fil.*

Nelle aritmie degli ipertesi.

C. Fiessinger (*J. Praticiens*, 20 aprile 1940) consiglia:

Solf. sparteina	cg.	2
Estr. di belladonna	mg.	5

Per 1 pillola. Da prenderne una prima del pasto di mezzogiorno e di quello della sera. Continuare per 10 giorni, sospendere per altri 10 e riprendere la serie.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Raduno sindacale di medici.

Nell'Aula Magna dell'Università di Firenze, il senatore Bastianelli ha presieduto, il 19 maggio, il 5° raduno dei medici — delle provincie della Toscana, Marche e Umbria — nel quale dopo il saluto al Duce sono stati esaminati problemi professionali e svolte interessanti relazioni sulla valorizzazione del patrimonio idrotermale e sulle mutue dell'agricoltura e dell'industria. La discussione è stata calma ed elevata.

Dopo il raduno i convenuti hanno reso omaggio al monumento al medico italiano.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche:

Per disposizione del Ministero dell'interno i concorsi a posti di sanitari condotti sono prorogati al 31 agosto prossimo venturo.

Laboratori provinciali d'igiene e profilassi:

MANTOVA, per coadiutore; scad. 31 luglio, ore 18;

ZARA, per coadiutore, scad. 15 gennaio.

CONSORZI PROVINCIALI ANTITUBERCOLARI.

TORINO: *Dispensario centrale d'igiene sociale*: medico aiuto e medico assistente. Concorsi per titoli ed esami; stipendi L. 12.000 e L. 10.000; e 4 quinquenni dec.; serv. att. L. 3000 e L. 2000. Rivolgersi alla segreteria del Consorzio, corso Savona 26, Torino. Scad. 8 lug., ore 18.

TRENTO, medico aiuto presso il Dispensario Prov. e 4 medici direttori di sezioni dispensariali; scad. 30 giugno, ore 12. Rivolgersi alla Segreteria, presso l'Amministraz. Provinciale.

MESSINA. *Cassa Mutua Infortuni Agricoli*. — Direttore; titoli ed eventualm. esami; rivolgersi alla sede, via S. Giuseppe 2 (palazzo della Cassa di Risparmio).

SIENA. *Ospedale Psichiatrico di S. Nicolò*. — Due medici assistenti; titoli; L. 10.300 e sette trienni di L. 700 e di L. 940; indenn. serv. att. L. 2600; c. v. Età limite 35 a. al 10 maggio. Scad. 17 giugno. Chiedere copia del bando. Rivolgersi all'Ufficio di Segreteria della Società di Esecutori di Pie Disposizioni Testamentarie, via Roma, 41, Siena.

UDINE. *Ospedale Civile*. — Con avviso del 6 maggio, si informa che il termine di chiusura del concorso di cui all'avviso pubblicato il 25 marzo 1940-XVIII relativo ai posti di un aiuto chirurgo e un aiuto medico, scadente il 15 maggio a. c., limitatamente ai sopradetti posti viene prorogato alle ore 18 del 25 ottobre 1940-XVIII. *Il Presidente*: L. LAROCCA.

VARESE. *Amministrazione Provinciale*. — Concorso, per titoli, al posto di Medico Primario (con incarico di radiologo) per l'Ospedale Psichiatrico Provinciale. Stipendio annuo iniziale L. 16.050; per Servizio attivo L. 2000 e L. 2000 per l'incarico di radiologo. Lo stipendio iniziale è suscettibile di tre aumenti triennali e tre quadriennali; i primi quattro di L. 1500, gli altri due di L. 1330 ciascuno. Le retribuzioni di cui sopra si intendono già comprensive delle decurtazioni e maggiorazioni di cui la legge 20 aprile 1939, n. 591 e precedenti. Scadenze ore diciotto del 6 luglio 1940. Per altre notizie richiedere il bando di concorso alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Varese.

VENEZIA. *Dispensario d'igiene mentale*. — Medico dirigente; scad. 15 giugno, ore 12; L. 13.500, L. 700, 4 aument. decimo; età limite 35 a.; tasse L. 50.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

S. M. il Re Imperatore, su proposta del Ministro dell'E. N., ha insignito il prof. Filippo Bottazzi, accademico d'Italia, della Stella d'Oro al Merito della Scuola.

Il 21 febbraio c. a. nei locali della R. Università di Palermo il magnifico rettore prof. Nicola Leotta, alla presenza della Commissione giudicatrice del premio « Achille Albanese », composta del preside della Facoltà di medicina e chirurgia, prof. Francesco Purpura, presidente, e dai proff. Luna, La Franca e Pagano ha consegnato al dott. Domenico Cottone il premio proposto dalla predetta Commissione. Era presente alla cerimonia il prof. Armando Albanese.

Il Re d'Inghilterra ha autorizzato il dott. sir St-Clair Thomson, di Londra, ad accettare ed a portare le insegne di commendatore dell'Ordine della Corona d'Italia, conferita dal nostro Re Imperatore.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha conferito il premio Helma al dott. André Gratia, professore di batteriologia nell'Università di Liegi, per i suoi lavori sui batteriofagi.

CRONACA

La Sezione Sanitaria della Mostra Triennale d'Oltremare a Napoli.

Il 9 maggio si è inaugurata a Napoli, con l'augusta presenza della Maestà del Re Imperatore, la prima Mostra Triennale delle Terre Italiane d'Oltremare.

L'insieme della realizzazione, a cui ha presieduto il cons. naz. V. Tecchio, è risultato eccezionalmente grandioso e di vivo interesse sia dal punto di vista artistico che culturale.

Tra i numerosi padiglioni vogliamo fare particolare menzione di quello della Sezione Sanitaria, che occupa una vasta area. La sezione, che è stata realizzata sotto la direzione generale del prof. I. Jacono, direttore della Clinica delle Malattie tropicali della R. Università di Napoli, con la collaborazione di valenti specialisti, illustra nel suo complesso la patologia tropicale e l'organizzazione medico-igienica predisposta per combattere e prevenire le malattie tropicali.

La sezione comprende: una sala d'introduzione, una sala dedicata alla medicina indigena, ordinata dal prof. T. Sarnelli, nella quale viene illustrata con una ricchissima e preziosa documentazione di droghe e oggetti e testi originali, tutto l'apporto dell'antica scienza medica dei popoli africani e asiatici: di particolare rilievo è quanto riguarda l'Arabia ed il Tibet.

Seguono due sale dedicate all'infezione malarica: nella prima viene illustrata la malaria nella sua etiologia, trasmissione e patologia, e nella seconda è documentata l'attività scientifica e l'organizzazione profilattica dell'Istituto di Malariologia « E. Marchiafava » di Roma: le sale sono state ordinate dai proff. F. Jerace e G. Raffaele.

Segue una grande sala, in cui vasti quadri illustrano le malattie tropicali, con un ricchissimo materiale di fotografie, modelli, preparati parassitologici, microfotografie, collezioni entomologiche e malacologiche: tale illustrazione risulta chiara e istruttiva anche per il profano e di grande interesse scientifico per il medico. Alla coordinazione di tutto il materiale ha atteso il prof. Jerace sotto la guida del prof. Jacono.

In una grande sala successiva è poi documentata l'organizzazione sanitaria realizzata fino ad oggi in A. O. Un vasto materiale fotografico, grandi plastici e apparecchi tecnici permettono di farsi una idea completa della grandiosa opera compiuta dal Governo Fascista per l'attrezzatura dell'assistenza medica e della profilassi contro le malattie epidemiche tropicali.

La sala è stata disposta dal prof. Jerace, secondo le direttive del generale A. Andruzzi, ispettore capo di Sanità del Ministero dell'Africa Italiana.

Seguono ancora: una sala ove sono raccolte le pubblicazioni scientifiche riguardanti la medicina tropicale; una sala in cui è mostrato quanto le ditte italiane di medicinali hanno realizzato per l'autarchia nel campo della terapia delle malattie tropicali e una sala riguardante la medicina veterinaria, nella quale si illustra il complesso dell'organizzazione per la cura e la profilassi per l'efficienza del patrimonio zootecnico in A. O.: questa sala è stata ordinata dal comm. dott. Bologna, ispettore veterinario del Ministero dell'Africa Italiana.

Nel suo insieme la sezione sanitaria presenta veramente un grande interesse per il colonialista, per il medico in particolare e per il pubblico tutto, per la sua chiara e completa documentazione della Medicina tropicale in senso lato.

M. P.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

Il 16 giugno p. v. alle ore 9 nell'Aula della R. Clinica Medica al Policlinico in Roma vi sarà il V Raduno della Società Italiana di Gastroenterologia per la discussione del seguente ordine del giorno: « Rapporti fra stomaco ed ematopoiesi ». Tale argomento, che doveva rappresentare il tema del Congresso Internazionale di Londra, sarà invece discusso nell'ambito della Società Italiana. Saranno Relatori: Fasiani e Chiatellino-Reitano-Gamna e Mazza-Ferrata-Frugoni e Torrioli-Alessandrini e Bonadies-Coppo e Serafini.

Tutti i Soci della Società Italiana sono vivamente pregati di intervenire.

La XXXII riunione del Gruppo dei Radiologi Emiliani, si effettuerà a Bologna nei giorni 15 e 16 giugno p. v., sotto la presidenza del ten. col. dott. Umberto Comelli, in locali dell'Ospedale Militare.

Verrà trattato il tema generico « Compiti e problemi inerenti ai servizi radiologici in guerra ».

I titoli delle comunicazioni attinenti al tema, non più di due per ogni partecipante, dovranno essere inviati entro il 31 c. m. al segretario del gruppo P. Abbati.

I riassunti delle comunicazioni molto concisi, per la pubblicazione nella rivista ufficiale, dovranno essere consegnati al principio delle sedute.

A suo tempo verrà inviato programma.

Per la prima metà del luglio p. v. la Società delle Terme di San Bernardo indìce in Garessio un convegno medico sulla « Terapia della litiasi renale ». Il Convegno viene organizzato dalla Direzione Sanitaria delle Terme, sotto la presidenza del Consulente prof. Carlo Gamna, direttore della R. Clinica Medica di Torino.

Si accettano fin d'ora comunicazioni sull'argomento.

Chi intende partecipare con comunicazioni è pregato di inviare il titolo alla Direzione della Clinica Medica Universitaria di Torino (corso XXVIII Ottobre, 2).

La Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la Tubercolosi ha deliberato di rinviare il VII Congresso nazionale contro la tubercolosi, indetto a Carbonia pel settembre prossimo; e ciò in quanto è risultata l'assoluta deficienza dei mezzi di trasporto, in relazione al prevedibile numero dei partecipanti, e alla impossibilità di assicurare a questi gli alloggi necessari, durante lo svolgimento della manifestazione.

La Federazione si riserva, non appena sarà riuscita ad eliminare gl'impedimenti su indicati, di comunicare la data definitiva del Congresso.

Dal 27 al 29 giugno si terranno ad Oporto le « Giornate stomatologiche ». Il programma comprende vari trattenimenti, che si chiuderanno il 30. Rivolgersi alla: Sociedade Portuguesa de Estomatologia, avenida de Libertate 65, rio 1°, Lisboa; oppure al: Serviço de Estomatologia do Hospital de Santo António, Pôrto, che è promotore della riunione.

La Società neurologica svizzera si adunerà l'8 e il 9 giugno nell'Ospedale militare di Vevey. Tema in discussione: Pratica neurologica militare; non vi sarà una relazione, ma il tema sarà esaminato da vari disserenti. Rivolgersi al presidente, Priv. Doc. Dr. H. Brunnschweiler, Place St. François 5, Lausanne, Svizzera.

La Società svizzera di medicina infortunistica e del lavoro, che doveva adunarsi il 25 e il 26 maggio, ha rimandato la riunione al 29-30 giugno; questa avrà luogo nella Clinica chirurgica di Zurigo.

La IV Conferenza pan-americana della Croce Rossa si adunerà a Santiago del Cile dal 5 al 14 dicembre. L'organizzazione è stata assunta dal gen. L. Brieba, presidente del Comitato centrale della Croce Rossa Cilena. Il vasto program-

ma è pubblicato in: « Bulletin de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge », (Segreteria: rue de l'Athénée 6, Genève, Svizzera).

La Lega Italiana di igiene mentale.

Convocati dal loro Presidente prof. E. Medea, i Soci della Lega d'Igiene Mentale hanno votato per acclamazione il seguente ordine del giorno proposto dalla Presidenza:

« I Soci della Sezione Lombarda della Lega « Italiana d'Igiene Mentale riuniti (insieme anche « a molti neurologi e psichiatri e a medici gene- « rali) nella Sede del Sindacato Medico di Mi- « lano in occasione del doloroso caso Corberi- « Pini esprimono ai loro amatissimi colleghi tut- « ta la loro simpatia e la più profonda solida- « rietà morale formulando il vivo augurio che « la loro innocenza — sulla quale non hanno il « minimo dubbio — possa trovare al più presto « il giusto riconoscimento.

« Fanno voti perchè per l'avvenire si tenga il « dovuto conto delle difficoltà che talora s'in- « contrano nella diagnosi di talune forme psi- « chiatriche che esigono il necessario tempo per « l'osservazione e le relative ricerche e non si « prendano provvedimenti di gravità assoluta- « mente eccezionale contro sanitari noti non solo « per la loro competenza scientifica, ma anche per « la loro assoluta probità morale.

« Esprimono alla stampa il vivo e legittimo de- « siderio che non venga con titoli impressionanti « e con comunicazioni affrettate e non esatte non « solo recato grave ed ingiusto danno all'onora- « bilità di colleghi insospettabili, ma gettato su- « gli Istituti Psichiatrici, considerati come luo- « ghi dove si possa conculcare la libertà indivi- « duale sotto apparenze scientifiche, quel sospet- « to e quella diffidenza che da gran tempo le « Leghe d'Igiene Mentale di tutto il mondo, la « italiana compresa, cercano con ogni mezzo di « esprimere allo scopo di avvicinare sempre più « il pubblico — coi dispensari psichiatrici, coi « congressi, con le pubblicazioni varie — al ma- « lato di mente ed all'ospedale psichiatrico, af- « finchè siano considerati alla stregua dei malati « comuni e degli ospedali in genere ».

La riunione per la qualità e la quantità degli intervenuti, riuscì una solenne dimostrazione della stima nella quale i due colleghi colpiti sono tenuti dal ceto medico e dalla popolazione milanese.

L'assemblea ha poi approvato un breve esposto formulato dalla Presidenza per il Ministro Guardasigilli nel quale si fanno presenti i gravi pericoli ai quali può andare incontro ogni medico nell'onesto disimpegno della propria professione. Di far pervenire tale esposto al Ministro si incaricava Padre Gemelli, Consigliere della Lega e presente al Congresso.

Notizie sanitarie di guerra.

In Germania la vendita dei tabacchi è stata drasticamente ridotta, sì che parecchi spacci hanno dovuto chiudere, ed è stata vietata la vendita dei liquori ad alto tenore alcoolico e assai limitata la vendita delle bevande a basso tenore alcoolico.

Il Ministero dell'armamento in Francia ha insistito, presso i direttori di stabilimenti industriali che lavorano per la difesa nazionale, affinchè in ogni stabilimento sia istituito un servizio di medicina industriale, non solo per le cure d'urgenza agli infortunati, ma anche per la tutela igienica.

Il « Mouvement Sanitaire » di aprile mette in rilievo la deficienza di medici determinatasi in Francia tra la popolazione civile a causa della mobilitazione; registra alcuni casi di morte per mancata assistenza medica; rileva che al tempo stesso divengono molto attivi gli irregolari, gli empirici, i ciarlatani.

I giornali medici tedeschi continuano a giungere con perfetta regolarità e in mole normale, ficienza dell'organizzazione. Quelli inglesi ci per- ficienza dell'organizzazione. Quelli inglesi pervengono in ritardo (il 20 maggio sono arrivati il « Lancet » e il « British » dell'11 maggio); a giudicare dagli ultimi numeri pervenuti si mantengono in buona efficienza. Quelli francesi, a periodicità distanziata hanno complessivamente un numero di pagine notevolmente ridotto.

Un po' dovunque.

L'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale ha speso, complessivamente, un miliardo e 710 milioni di lire per l'assistenza ai tubercolotici, a partire dal 1929, epoca in cui l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi andò in vigore. Esso ha in funzione 47 case di cura con 14.700 posti-letto; altre 16 case di cura con 7300 posti-letto sono in avanzata costruzione.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica il R. Decreto 8 aprile 1939-XVII, n. 2241, il quale stabilisce che gli aiuti e assistenti universitari nominati in seguito a concorso, dopo cinque anni almeno di continuato e lodevole servizio potranno essere assunti, oltre che nei ruoli dei professori degli istituti medi d'istruzione dipendenti dal Ministero dell'educazione nazionale, nei ruoli dipendenti da amministrazioni statali espressamente indicate dal decreto stesso.

Il Duce il 4 maggio ha ricevuto l'Ecc. Guido Corni, accompagnato dal prof. Ralli, rettore dell'Università di Modena, e dal prof. Serra, direttore della Clinica per le malattie tropicali nella stessa Università. Il prof. Corni ha sottoposto all'alta approvazione del Duce la proposta d'istituire nell'Università di Modena un Istituto per lo studio e l'insegnamento delle branche preparatorie alla Clinica tropicale; il Duce ha espresso il suo compiacimento per l'iniziativa e per la donazione fatta. Il prof. Serra ha fatto omaggio al Duce del proprio libro « La malattia del sonno ».

La Società di Scienze mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 27 marzo, sotto la presidenza del dott. Baroni, assistito dal segretario dott. Fabris. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Opocher (due comunicazioni) e T. Bullian.

Il prof. A. Weber terrà un breve corso sugli esami grafici (elettrocardiografia, iscrizione del polso venoso, del battito cardiaco, ecc.), dal 26 al 29 giugno nell'Istituto universitario di balneologia a Bad Nauheim.

La direzione del « Bollettino d'Oculistica » già tenuta dal sen. prof. Bardelli di Firenze, è stata assunta dal prof. V. Cavara di Roma.

Si torna a pubblicare il periodico spagnolo « Clinica y Laboratório », che era stato sospeso nel 1936.

In Germania l'« Ufficio principale per la salute del popolo », d'intesa con altri Enti, ha promesso un'azione per la raccolta di prodotti naturali dai boschi: bacche, legumi selvatici, funghi, ecc., che possono acquistare importanza alimentare sovrattutto per la loro ricchezza in vitamine, e sopperire la deficienza di vitamine che si determina alla fine della primavera ad al principio dell'estate, quando ancora le frutta e i legumi freschi scarseggiano.

L'Ufficio sanitario del Reich ha pubblicato un opuscolo di « Consigli ai medici per la lotta contro la paralisi infantile contagiosa (Poliomyielitis acuta epidemica infantum, malattia di Heine-Medin) », con speciale riguardo agli stadi precoci ed al trattamento prima che compaiano le paralisi. L'opuscolo può ottenersi rivolgendosi al: Reichsverlagsamt, Schernhorstrasse 4, Berlin NW, 40.

Una missione di medici e ingegneri rappresentanti gli Istituti di Previdenza magiari, è venuta in Italia per visitarvi le costruzioni sanatoriali. A Teglio, nel Valtellinese, la missione ha voluto porgere un saluto al prof. E. Morelli nella sua stessa terra.

In Francia il numero delle nascite, che nel 1876 era stato di 1.002.000, nel 1930 era disceso a 750.000 e nel 1939 è stato di 616.000. Durante gli ultimi tre anni l'eccedenza di morti sulle nascite risulta di 42.000 unità.

L'industriale milanese Angelo Monti, per festeggiare con la moglie Adele Menni le nozze d'oro, ricorrenti il 9 giugno, ha donato all'ospedale Maggiore di Milano la somma di 200.000 lire, come contributo alla costruzione del nuovo Ospedale.

La signora Bice Vigano Castoldi ha legato all'Ospedale Maggiore di Milano 10.000 lire.

La Società Italiana di Metapsichica segnala l'articolo sullo stato odierno della Metapsichica in Italia apparso in « Forze Sanitarie » n. 8 del 30 aprile 1940 pagg. 31-40 ed invita i medici che si interessano al problema, a voler dare la loro adesione ed il loro indirizzo alla Segreteria della S.I.M. in via dei Glicini 34, Roma (Centocelle). L'adesione non impone oneri finanziari.

Il Tribunale di Losanna ha assolto dall'accusa di esercizio illegale della medicina una signora di buona famiglia, 54enne, la quale allevia le sofferenze apponendo le mani sulla parte dolorante; non chiede e non accetta compensi.

Il giapponese prof. Takagi è insorto contro il meticciato tra cinesi e giapponesi; teme che ne possa derivarne il graduale assorbimento di questi ultimi.

A Cheshire, nel Massachusetts, vive la famiglia di Paolo Berti, che dopo ben 10 generazioni di maschi ha potuto registrare la nascita di una bambina.

Il prof. ARMINIO SEGUINI, residente a Bergamo, allievo del celebre oculista prof. Cirincione, mentre a Grosio stava operando un sacerdote sofferente di cateratta è stato colpito da un attacco apoplettico. Nonostante il sopravvenire dell'attacco il medico riusciva con uno sforzo di volontà ad arrivare alla fine dell'operazione, terminata la quale si accasciava al suolo chiedendo i conforti religiosi ad un sacerdote che assisteva all'operazione. Ricevutili in piena lucidità di mente il medico spirava subito dopo.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 3 Giugno 1940 - XVIII Num. 22

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI
R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
Direttore: Prof. G. AYALA.

La reazione di Friedmann nei tumori cerebrali.

Dott. DOMENICO ZANELLO, assistente.

Sono ben noti e collaudati dall'esperienza di circa un ventennio i progressi raggiunti nel campo della diagnostica neurologica ed umorale dei tumori cerebrali, ma i vari mezzi fisici finora usati, specie dai neurochirurgi, nella maggioranza dei casi danno reperti di sicura interpretazione, utilizzabili per una diagnosi specie di sede, del tumore, quando esso ha raggiunto un certo volume e uno sviluppo più imponente spesso di quello che farebbero prevedere l'anamnesi ed i risultati dell'esame neurologico.

Inoltre alcuni di questi metodi di indagine cranio-cerebrale (encefalografia, ventricolografia, angiografia), eseguiti in una fase avanzata del male, espongono maggiormente a rischi il malato già in condizioni precarie e rendono meno favorevole la prognosi sull'esito prossimo del successivo intervento chirurgico. A prescindere da ciò, di tutti questi sussidi della diagnostica fisica, che quotidianamente usiamo in Clinica, possiamo, senza affatto infirmarne il valore, dire che per lo più confortano e confermano l'ipotesi diagnostica che l'esame, condotto con metodo neurologico rigoroso, ci permette di prospettare. La quotidiana esperienza dimostra anche che, laddove l'esame neurologico fornisce incerti dati su cui fondare una sicura diagnosi, spesso non si ottiene una risposta più risolutiva dalle suddette indagini.

Ancora minore è l'utilità effettiva dei cennati metodi radiologici diretti ed indiretti quando il tumore è neurologicamente quasi asintomatico, perchè ancora in una fase iniziale del suo sviluppo, poco voluminoso, e il danno della formazione encefalica, che comincia a sostituire o ad infiltrare o a comprimere

e deformare, è scarso e non definitivo. Verosimilmente in questa fase sono maggiori le possibilità sia di una retrocessione degli eventuali sintomi e disturbi da essi tumori determinati, sia di un'azione vicariante o di compenso della o delle funzioni compromesse. Ora, in questa fase iniziale, o difficilmente viene formulata una diagnosi, anche di probabilità, ovvero non si ritiene preferibile, per il momento, sottoporre il malato a ricerche che, di per sè, costituiscono dei traumi non del tutto innocui. Ma è appunto in questa fase del male che la cura, quale che sia, potrebbe riuscire meno aleatoria e più fruttuosa. Quindi, pur non rinunziando, almeno per ora, ai metodi dimostratisi utili per facilitare il nostro compito diagnostico, è doveroso cercare per altre vie, altri mezzi, che rispondano al duplice requisito della semplicità di esecuzione e di sensibilità elevata.

In più occasioni G. Ayala ha avvertito che se l'attuale diagnosi e cura dei tumori cerebrali è affidata alle mani del neurologo, del chirurgo e del radiologo si deve sperare di poter un giorno disporre non solo di una diagnostica ma anche di una terapia biologica dei processi blastomatosi in genere e rispettivamente di quelli encefalici e spinali. Infatti, non si può pensare che un tessuto vivente, sia pure morboso, esaurisca i suoi processi metabolici nell'ambito dei suoi elementi neoformati. Gli scambi nutritizi sono così intimi fra tessuto blastomatoso e tutto l'organismo che non è concepibile lo sviluppo del primo senza una eco umorale, quale che sia, sull'altro, senza fenomeni reattivi o di ripercussione generale o circoscritta (Ayala).

Se ciò è vero, in base alle attuali conoscenze di patologia generale, sarà proprio in questo senso che dovranno essere diretti i nostri sforzi per cogliere i primi segni del turbato equilibrio biologico, segni che debbono certamente precorrere quelli di alterata morfologia che attualmente cerchiamo, con vari mezzi, di porre in evidenza.

Delle molteplici reazioni fisico-chimiche e biologiche, proposte per la diagnosi umorale dei tumori, hanno richiamato la nostra attenzione quelle che si sono mostrate atte a rilevare, negli umori organici di individui affetti da tumore, la presenza di sostanze in rapporto diretto o indiretto con la loro neoplasia. Come è noto, Zondek nelle sue prime ricerche notò che le urine di donne affette da carcinomi del collo uterino determinavano, nelle topine impuberi, la maturazione dei follicoli ovarici (H.V.R. I) nonchè la comparsa di punti emorragici e, più raramente, la formazione di corpi lutei (H.V.R. II e III). L'autore riscontrò altresì che, anche usando urine di donne affette da tumori genitali benigni, si poteva determinare tale positività della reazione per la ricerca di ormoni gonadotropi. Successive esperienze di Zondek, di Fergusson, Fels, Heidrich, Fels e Mathias, Aschheim Hady, Stille, Tagliaferro, Bruhl e Fasold, Siegmund, Kraus, Hirsch-Hoffmann, Margitay, Becht e Miclos, Candela, Stewart, Wagner, Froboese, ecc. dimostrarono come, oltre che nelle neoplasie benigne e maligne dei genitali femminili, gli ormoni gonadotropi possono essere presenti nelle urine e nel siero di soggetti affetti da corionepitelioma, da carcinomi uterini, da tumori del testicolo, da teratomi, da tumori della tiroide e dell'ipofisi.

Dei rapporti fra tumori cerebrali ed ormoni gonadotropi primi accenni incidentali si trovano in un lavoro di Hirsch-Hoffmann, che riscontrò positività della reazione di A. Z. in un caso di tumore cerebrale ed in un caso dell'Oesterreicher in cui parimenti si ebbe la positività della H.V.R. I; ma il primo lavoro veramente originale sull'argomento è quello di Kraus il quale, su 29 casi di tumor cerebri, in gran parte di natura gliomatosa, constatò una positività dell'A. Z. in 19 casi e quindi nel 60,3 %. Egli ebbe risultati variabili: in taluni casi negatività completa, in altri fu necessario procedere alla concentrazione dell'urina, in altri casi infine notò solo una H.V.R. I, ossia un semplice aumento dei follicoli.

Successivamente, da accurate indagini condotte su topi maschi e femmine, Monnier ha ottenuto, in 20 pazienti con tumori cerebrali, il 50 % di positività dell'A. Z. sia usando urina, sia usando liquor; sempre però questo autore ha ottenuto reazioni che non superavano la prima fase di A. Z., di cui egli anzi fa una gradazione di tre tipi constatando, fra i casi positivi, un'alta percentuale del III tipo corrispondente ad una semplice iperemia dei corni uterini e delle ovaie.

Della reazione di Aschheim-Zondek basterà ricordare che, nella sua forma originale, offre a considerare i tre seguenti diversi aspetti: quello di maturazione follicolare, determinato da *prolan A* (*Hypophysen-Vorderlappen-Reaktion* I) e quello di corpi emorragici e di corpi lutei (*H.V.R. II e III*), questi ultimi aspetti in rapporto alla eliminazione di *prolan B*, vero ormone tipico della gravidanza, Le modificazioni di questa reazione (reazione di Hirsch-Hoffmann, di Mandelstamm-Klapun, di Lafonte-Chiapponi, di Eberson, di Maurizio, di Burg, di Brouha-Hinglais e Simonnet, di Friedmann), hanno mirato sia ad abbreviare la du-

rata della prova, che originariamente richiedeva 7 giorni, sia a ridurre il numero delle topine impuberi, sia infine a rendere più agevole la reazione usando roditori più comuni come la cavia e la coniglia.

Di queste varie modificazioni della A. Z. nessuna, per quanto ci consta, è stata cimentata nei tumori encefalici, e fra esse per le nostre ricerche, seguendo l'esempio degli ostetrici, abbiamo preferito quella di Friedmann, eseguita su coniglie impuberi, lievemente variata dalla sua tecnica originale, per la semplicità di esecuzione, la celerità di comparsa e la facilità di lettura nonchè la concordanza del 100 % con la Aschheim-Zondek originale (Friedmann, Aschheim, Rossi, Tranchina ecc.).

La reazione di Friedmann viene ritenuta positiva quando compaiono assai netti, oltre ad una tumefazione dell'utero, punti emorragici e corpi lutei di varia grandezza che risaltano sull'ovaia la quale si presenta iperemica e più grossa che di norma. La sola iperemia e l'inturgidamento delle ovaie, da Zondek prese in considerazione come « test » sono, come vedremo, da ritenersi espressione di presenza di *follicolina* (e quindi di *Prolan A*) ed in sè non utilizzabili per la diagnosi di gravidanza. Poichè non ci sembrava privo di interesse dal punto di vista diagnostico e patogenetico, istituimmo quindi alcune ricerche esaminando il comportamento della reazione di Friedmann in soggetti affetti da tumori cerebrali.

Mentre Friedmann iniettava circa 20 cc. ripartendo la quantità di urina in 5-6 volte nello spazio di due giorni, Becker, Mazer e Goldstein consigliano di iniettare, ad un giorno di distanza, 10 cc.; in ambedue i casi la coniglia viene sacrificata ed esaminata 24 ore dopo l'ultima iniezione.

Nelle prime esperienze abbiamo seguito la tecnica di Becker, successivamente, per poter porre in evidenza anche minime quantità di sostanze gonadotrope che eventualmente fossero state presenti nell'urina, riprendemmo dall'inizio le prove iniettandone 30 cc. suddivisi in tal modo: 10 cc. la mattina e 10 alla sera del primo giorno e 10 cc. al mattino successivo, dopo 24 ore dall'ultima iniezione si procedeva all'autopsia della coniglia per ovvie ragioni non ritenendo opportuno esaminare il risultato, come consigliano Tranchina, Reinart e Scott, Boehme, ecc. mediante laparatomia in narcosi cloroformica, modalità questa che permette di usare lo stesso animale parecchie volte, ma che, date le ricerche delicate che intendevamo compiere, avrebbe esposto a facili critiche.

Oltre alla rigorosa separazione degli animali, che generalmente erano del peso di 1500-2000 gr. (consigliato da Friedmann stesso, Cuboni, Magath e Randall, Becker, Trettenero, ecc.) non usammo alcuna altra precauzione tranne l'eventuale filtraggio di urine ricche di sedimento. L'urina veniva iniettata lentamente nella vena marginale dell'orecchio, immediatamente dopo l'« emissio » dal malato e quindi ancor tepida e mai, neppure se il peso specifico era alto, si procedette alla diluizione.

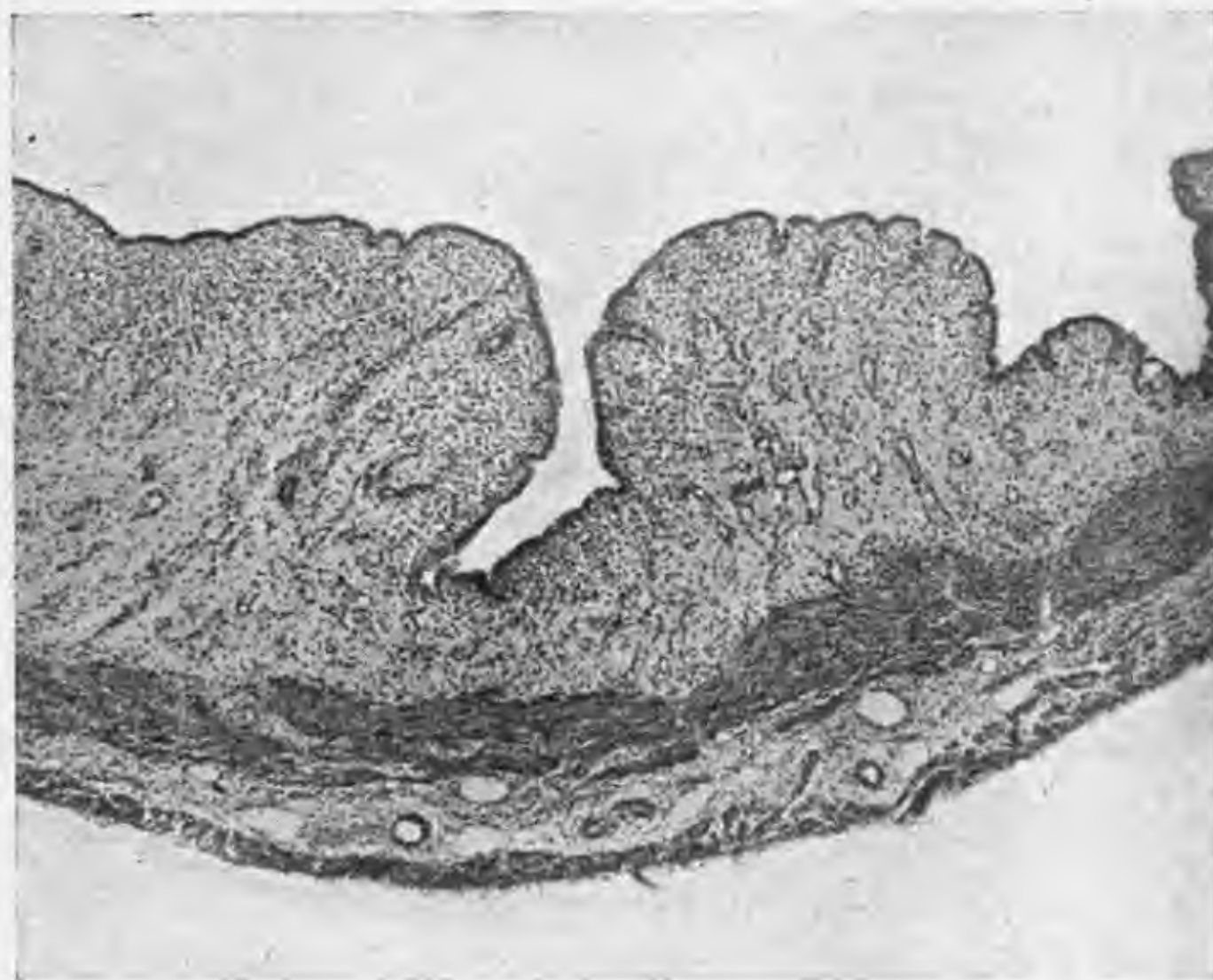



FIG. 1. — Parete di corno uterino di coniglia. Animale di controllo. Micr. Zeiss. Obb. apoc. 16 mm.; Oc. 4C.

CASISTICA

OSSERVAZIONE I. — C. Tullio, di anni 21. Entra in Clinica il 12 marzo 1939. Inizio della sintomatologia tumorale 5 mesi prima (crisi jacksoniane ed emiparesi S.).

Radiografia del cranio: Digitazioni del tavolato interno della regione fronto-parietale, sviluppo del circolo diploico, modica diastasi della sutura coronaria.

Ventricolografia: Mancato riempimento del corno frontale e della cella media del ventricolo laterale D.

Reazione di Friedmann prima dell'intervento: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica: tumore cortico sotto-corticale parieto-frontale D.

Intervento (Prof. Ayala): Ampio sportello parietale D., parziale asportazione del tumore (glioblastoma multiforme).

Rxterapia: 2 cicli di 4500 r.

Reazione di Friedmann dopo la Rxterapia: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Decorso: Dopo un notevole miglioramento durato 5 mesi ricomparsa della sindrome (emiplegia emianestesia emiipotrofia ecc.) e un mese dopo obitus.

Reperto necroscopico: tumore glicmatoso molle di quasi tutto il centro ovale di D. e del calloso.

OSSERVAZIONE II. — S. Eugenio, di anni 8. Entra in Clinica il 25 maggio 1939. Inizio dei sintomi 8 giorni prima (oftalmoplegia bilaterale, cecità).

Radiografia del cranio: Alisteresi della lamina quadrilatera e decalcificazione delle clinoidee posteriori e del clivum sfenoidale.

Ventricolografia: Nessuna modificazione dell'ampiezza e della situazione reciproca dei ventricoli.

Reazione di Friedmann: Modica iperemia e lieve inturgidimento di ambo i corni uterini, ovaie integre.

Diagnosi clinica: Tumore della base cranica della fossa media.

Intervento (Prof. Ayala): Lembo osteo-plastico parieto-temporale D.: si riscontra un tumore del corpo dello sfenoide di probabile natura sarcomatosa.

Rxterapia: 1 ciclo di 4000 r.

Reazione di Friedmann dopo la Rxterapia: Intensissima iperemia ed ingrossamento dei corni uterini, ovaie integre.

Decorso: Le condizioni del paz., ancora vivente, vanno progressivamente peggiorando, anche per la comparsa di metastasi alle ossa della faccia e al fegato.

OSSERVAZIONE III. — Z. Franco, di anni 5. Entra in Clinica il 23 settembre 1939. Inizio della sintomatologia clinica 6 mesi prima con segni ipercinetici extrapiramidali a D. Status all'ingresso gravissimo.

Radiografia del cranio: Digitazioni del tavolato interno su tutto il cranio. Sella secondaria. Diastasi delle suture; circolo diploico sviluppato.

Ventricolografia: Mancato riempimento del corno frontale S. e del III ventricolo.

Reazione di Friedmann: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica; Tumore dei nuclei della base di S.

Intervento (Prof. Ayala): Decompressiva subtemporale D., nessun risultato.

Decorso: Obitus dopo 6 giorni in stato di male. All'autopsia: glioblastoma grosso come un mandarino dei nuclei della base di S. occupante tutto il III ventricolo.

OSSERVAZIONE IV. — R. Alfredo, di anni 36. Entra in clinica il 5 ottobre 1939. Inizio della sintomatologia tumorale 6 mesi prima dell'ingresso (crisi jacksoniane a S., emiparesi S., stato demenziale).

Radiografia del cranio: Digitazioni molto accentuate, modica diastasi delle suture, circolo diploico sviluppato.

Ventricolografia: Incompleto riempimento del corno frontale D. e di quasi tutto il resto dello stesso ventricolo.

Arteriografia alla Moniz: Spostamento di tutto il complesso silviano di D.

Reazione di Friedmann: Lieve ingrossamento e modica iperemia dei corni uterini, ovaie integre.

Diagnosi clinica: Tumore del centro ovale di D.

Intervento (Prof. Ayala): Lembo temporale, parziale asportazione del tumore affiorante nella parte esposta della corteccia (glioma molto vascolarizzato).

Rxterapia: 1 ciclo di 5000 r.

Reazione di Friedmann dopo la Rxterapia: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Decorso: Miglioramento rapido dello stato demenziale e dell'emiplegia, attualmente il paz. cammina senza aiuto del bastone.

FIG. 2. — Parete di corno uterino di coniglia trattata con urina di individuo affetto da tumore cerebrale (osservazione V). Iperplasia della mucosa ed intensa iperemia. Micr. Zeiss. Obb. apoc. 16 mm.; Oc 4C.

OSSERVAZIONE V. — F. Carlo, di anni 30. Entra in Clinica il 28 marzo 1939. Inizio della sintomatologia 4 mesi prima del suo ingresso (accessi ipertonici a S., emiparesi S., emianopsia laterale omonima S., grave stato confusionale). Il paz. entra con stato generale gravissimo.

Radiografia del cranio: Digitazioni diffuse a tutta la teca, circolo diploico accentuato, diastasi delle suture.

Ventricolografia: Incompleto riempimento della cella media del ventricolo D.

Reazione di Friedmann: Modica congestione dei corni uterini. Ovaie integre.

Diagnosi clinica: Tumore del lobo temporale D.

Intervento (Prof. Ayala): Lembo osteo-plastico alla regione temporale D., asportazione parziale del tumore (glioblastoma).

Rxterapia: 2 cicli di 4200 r.

Reazione di Friedmann dopo la Rxterapia: Intensa congestione ed ingrossamento dei corni uterini; ovaie lievemente iperemiche (cfr. fig. 2 e 5).

Decorso: Notevolissimo miglioramento delle condizioni mentali e scomparsa dell'emiparesi; persistenza dell'emianopsia. Dopo un viaggio in automobile, alla fine del VI mese dall'intervento, insorge emiplegia S. ed obitus.

OSSERVAZIONE VI. — B. Giorgio, di anni 8. Entra in Clinica l'11 luglio 1939. Un anno prima del suo ingresso il paz. presentò i primi segni tumorali (dimagrimento, « cerebellar fits »).

Radiografia del cranio: Digitazioni diffuse a tutta la teca, diastasi delle suture, circolo diploico accentuato.

Ventricolografia: Intensa dilatazione di ambo i ventricoli senza alterazione dei reciproci rapporti.

Reazione di Friedmann: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica: Tubercoloma cerebellare.

Intervento (Prof. Ayala): Breccia decompressiva subtemporale alla Cushing.

Rxterapia: Alla terza seduta comparsa di paraplegia flaccida per probabile necrosi midollare (trattamento Rxterapico instaurato contrariamente all'opinione dei sanitari).

Reazione di Friedmann (*tre mesi dopo l'intervento*): Nessuna modificazione degna di nota nell'apparato genitale della coniglia.

Decorso: Condizioni progressivamente ingravescenti, obitus fuori dalla clinica 5 mesi dopo l'intervento.

OSSERVAZIONE VII. — P. Edvige, di anni 28. Entra in Clinica il 17 gennaio 1939. Inizio della sintomatologia tumorale due anni prima del suo ingresso (accessi epilettiformi, parestesie arto superiore D., diminuzione del visus).

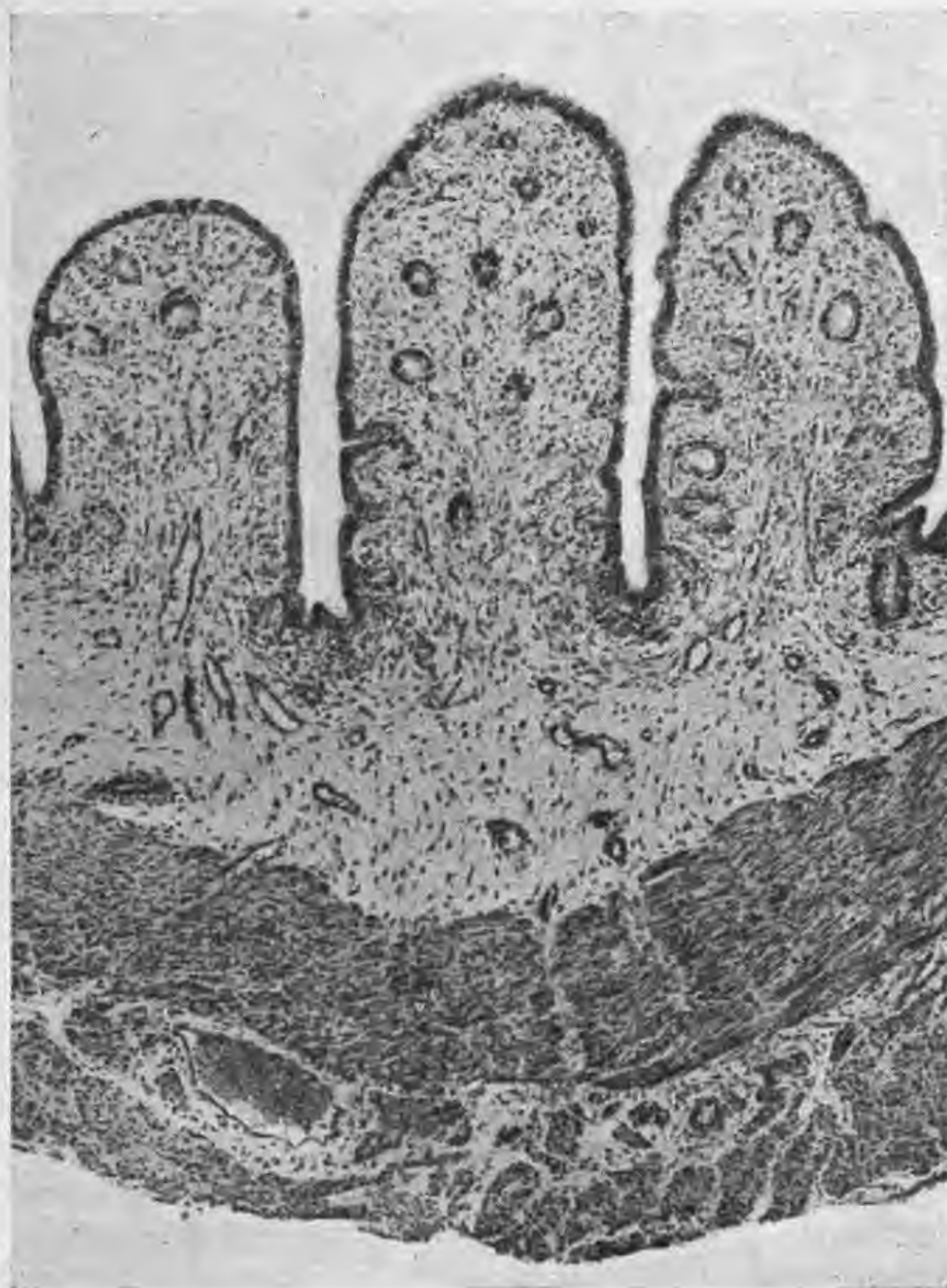



FIG. 3. — Parete di corno uterino di coniglia trattata con urina di donna gravida. Intensa iperplasia ed aspetto papillomatoso della mucosa. Micr. Zeiss.; Obb. apoc. 16 mm.; Oc. 4C

Radiografia del cranio: Cranio nuvoloso, diastasi delle suture, modica accentuazione del circolo diploico.

Ventricolografia: Modica dilatazione e spostamento del ventricolo D., incompleto riempimento del ventricolo S.

Reazione di Friedmann: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica: Tumore gliomatoso del centro ovale di S. .

Intervento (Prof. Ayala): Breccia decompressiva subtemporale alla Cushing (constatata la presenza di un tumore profondo).

Rxterapia: 2 cicli di 4800 r.

Reazione di Friedmann dopo la Rxterapia: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Decorso: Quasi completa scomparsa della sintomatologia neurologica, permane diminuzione del visus per atrofia post-papillitica. La paz. accudisce alle faccende di casa.

OSSERVAZIONE VIII. — P. Francesco, di anni 49. Entra in Clinica il 20 gennaio 1939. Inizio della sintomatologia tumorale un anno prima del suo ingresso (cefalea, crisi jacksoniane, diminuzione del visus).

Radiografia del cranio: Digitazioni marcate su tutto il cranio. Modica diastasi della sutura lambdoidea. Circolo diploico accentuato. Sella svasata; alisteresi delle clinoidee posteriori.

Ventricolografia: Mancato riempimento del III ventricolo; incompleto riempimento di ambedue i corni frontali.

Reazione di Friedmann: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica: Tumore della regio chiasmatis nervorum opticorum.

Intervento (Prof. Ayala): Per le condizioni di estrema gravità della paz.: breccia temporale decompressiva in attesa di un secondo intervento.

Rxterapia: 2 cicli di 7200 r. (la paz. ha rifiutato il II intervento).

Reazione di Friedmann dopo la Rxterapia: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Decorso: La paz. è tuttora in vita, parziale scomparsa della sindrome neurologica.

OSSERVAZIONE IX. — M. Maria, di anni 51. Entra in Clinica l'1 gennaio 1935. Nel 1930 iniziò la sintomatologia tumorale (crisi jacksoniane, diminuzione del visus, disturbi psichici). Nel 1933 venne operata (Prof. Cavina): asportazione parziale di un meningioma frontale D. La paz. presenta cecità e stato demenziale.

Radiografia del cranio: Breccia operatoria, qualche digitazione diffusa, sella secondaria.

Reazione di Friedmann: Intensa congestione ed inturgimento dei corni uterini, ovaie leggermente iperemiche.

OSSERVAZIONE X. — M. Ada, di anni 4. Entra in Clinica il 18 aprile 1939. Inizio della sintomatologia tumorale 4 mesi prima del suo ingresso con cefalea, vomito, « cerebellar fits ».

Radiografia del cranio: Impronte digitate su tutto il cranio, forte diastasi delle suture, circolo diploico accentuato.

Ventricolografia: Dilatazione prenunciata bilaterale dei ventricoli senza alterazione dei reciproci rapporti.

Reazione di Friedmann: Lieve inturgimento ed iperemia di ambo i corni uterini, ovaie integre.

Diagnosi clinica: Tumore del verme del cervelletto (medulloblastoma).

Intervento (Prof. Ayala): Breccia decompressiva subtemporale alla Cushing (operata in stato di estrema gravità).

Rxterapia: 2 cicli di 2500 r.

Reazione di Friedmann dopo la Rxterapia: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Decorso: Regressione completa della sindrome neurologica: la paz. è vivente in ottime condizioni di salute.

OSSERVAZIONE XI. — G. Lorenza, di anni 34. Entra in Clinica il 4 aprile 1939. Inizio della sintomatologia tumorale 6 mesi prima del suo ingresso (cefalee, diminuzione del visus, diplopia, paracusie, deviazione nella marcia).

Radiografia del cranio: Cranio nuvoloso; modica diastasi della sutura coronaria; accentuazione del circolo diploico; sella leggermente ingrandita.

Ventricolografia: Dilatazione simmetrica dei ventricoli laterali.

Reazione di Friedmann: Nessuna alterazione a carico dell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica: Tumore della fossa cranica posteriore.

Intervento (Prof. Ayala): Breccia decompressiva subtemporale alla Cushing in attesa di miglioramento delle condizioni generali per un intervento radicale. Notevole miglioramento, scomparsa della cefalea e del vomito.

Reazione di Friedmann dopo l'intervento: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Rxterapia: Alla seconda seduta (700 r.) crisi convulsive subentranti obitus in pochi minuti. Riscontro autoptico impossibile.

OSSERVAZIONE XII. — M. Nerina, di anni 32. Entra in Clinica il 22 maggio 1939. Inizio della sintomatologia tumorale un anno prima del suo ingresso con cefalee, diminuzione del visus, crisi convulsive. E' stata sottoposta a trattamento Rxterapico (3200 r.) in altro Istituto.

Radiografia del cranio: Cranio nuvoloso più spiccatamente nella regione frontale; usura del pavimento della sella.

Ventricolografia: Mancato riempimento del corno frontale S. .

Reazione di Friedmann: Intensa congestione ed ingrossamento di ambo i corni uterini; ovaie integre.

Diagnosi clinica: Tumore del lobo prefrontale S. .

Decorso: La paz. non è stata operata per opposizione dei famigliari; è tuttora in vita in stato demenziale.

OSSERVAZIONE XIII. — B. Marina, di anni 17. Entra in Clinica il 31 ottobre 1939. Nel dicembre 1937 iniziò la sintomatologia tumorale (diminuzione del visus, cefalea, accessi vertiginosi). Nell'aprile 1938 venne operata dal Prof. Ayala per medulloblastoma del IV ventricolo e successivamente irradiata (2 cicli di 3600 r.). E' stata benissimo fino ad un mese prima dell'ingresso in Clinica, epoca in cui comparvero disturbi della deambulazione e turbe sensitive agli arti inferiori.

FIG. 4. — Ovaia di coniglia di controllo. Micr. Zeiss.: Obb. 16 mm.; Oc. 4C.

Radiografia del cranio: Segni radiografici d'ipertensione di vecchia data.

Ventricolografia: Modica dilatazione dei ventricoli laterali senza spostamento dei reciproci rapporti.

Reazione di Friedmann: Lieve iperemia ed ingrossamento di ambo i corni uterini.

Diagnosi clinica: Metastasi midollare di medulloblastoma.

Decorso: Condizioni della paz. stazionarie.

OSSERVAZIONE XIV. — S. Ignazio, di anni 42. Entra in Clinica il 15 maggio 1939. Inizio della sintomatologia tumorale 7 mesi prima del suo ingresso con disturbi psichici e deficit all'arto inferiore S.

Radiografia del cranio: Impronte digitate su tutta la teca; alisteresi delle suture; sella secondaria.

Ventricolografia: Mancato riempimento del corno frontale D., modico spostamento ed ingrandimento del corno frontale S.

Reazione di Friedmann: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica: Tumore del lobo frontale D. con sindrome demenziale.

Intervento (Prof. Ayala): Lembo fronto-temporale S., esplorazione, constatazione dell'esistenza di un tumore profondo. Si lascia una breccia temporale decompressiva.

Reazione di Friedmann dopo l'intervento: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Decorso: Condizioni neurologiche e psichiche molto migliorate; il paz. ha rifiutato un secondo intervento e la Rxterapia. E' tuttora in vita in discrete condizioni.

OSSERVAZIONE XV. — B. Armando, di anni 48. Entra in Clinica il 20 febbraio 1939. Inizio della sintomatologia un mese prima del suo ingresso con diminuzione del visus, crisi jacksoniane generalizzate, disturbi psichici.

Radiografia del cranio: Cranio nuvoloso con diastasi delle suture ed evidenza del circolo diploico.

Reazione di Friedmann: Nessuna alterazione nell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica: Tumore del lobo frontale D.

Decorso: Il paz. ha dovuto essere trasferito ad altro Istituto e non ha potuto essere seguito essendo stato trasportato in altra città.

OSSERVAZIONE XVI. — C. Augusta, di anni 8 e mezzo. Entra in Clinica il 24 giugno 1939. Inizio della sintomatologia 3 mesi prima del suo ingresso con cefalee, vomito, diminuzione del visus, atassia tipo cerebellare.

Radiografia del cranio: Decalcificazione diffusa della teca; diastasi delle suture.

Ventricolografia: Forte dilatazione simmetrica dei ventricoli laterali e del III ventricolo.

Reazione di Friedmann: Modica iperemia e congestione dei corni uterini. Ovaie integre.

Diagnosi clinica: Tumore (medulloblastoma) del IV ventricolo.

Intervento (Prof. Ayala): Decompressiva subtemporale alla Cushing.

Reazione di Friedmann dopo la Rxterapia: Nes-

suna modificazione degna di nota nell'apparato della coniglia.

Decorso: Regressione rapida della sintomatologia neurelogica: la paz. è tuttora in vita in ottime condizioni nervose e metali.

OSSERVAZIONE XVII. — S. Liliana, di anni 10. Entra in clinica il 14 gennaio 1939. Inizio della sintomatologia tumorale 4 mesi prima del suo ingresso con vomito, cefalee, ipostenia all'arto superiore D.

Radiografia del cranio: Cranio nuvoloso; diastasi delle suture; circolo diploico evidente.

Ventricolografia: Mancato riempimento del ventricolo laterale D., modico spostamento del ventricolo di S.

Reazione di Friedmann: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica: Tumore del centro ovale di D.

Decorso: Dopo breve tempo dal suo ingresso in clinica si ebbe l'obitus. All'autopsia: voluminoso tumore del talamo ottico di D. con invasione del centro ovale omonimo. Glioblastoma polimorfo.

OSSERVAZIONE XVIII. — M. Elvira, di anni 58. Entra in Clinica il 23 ottobre 1939. Inizio della sintomatologia tumorale 3 mesi prima del suo ingresso con cefalee, diminuzione del visus, emianopsia, vomiti.

Radiografia del cranio: Impronte digitate su tutta la teca; alisteresi della lamina quadrilatera, diastasi delle suture, circolo diploico evidente.

Ventricolografia: Mancato riempimento del corno temporale D. non spostamento dei rapporti reciproci dei ventricoli laterali.

Reazione di Friedmann: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica: Tumore del lobo temporale D..

Decorso: Intervento rifiutato dalla paz., morte improvvisa in stato di male. All'autopsia: vasto glioblastoma multiforme sottocorticale del lobo temporale D.

OSSERVAZIONE XIX. — L. Bianca, di anni 43. Entra in Clinica il 29 novembre 1939. Inizio della sintomatologia tumorale 10 mesi del suo ingresso con ipoacusia D., paralisi del VII di D., disfonia, disfagia.

Radiografia del cranio: Qualche digitazione diffusa della volta cranica.

Reazione di Friedmann: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica: Sindrome di Garcin da tumore della base.

Decorso: La paz. dopo 3 giorni di ricovero in Clinica è stata ritirata dai famigliari.

OSSERVAZIONE XX. — S. Misaele, di anni 50. Entra in Clinica il 27 maggio 1939. Inizio della sintomatologia tumorale 8 mesi prima del suo ingresso con parosmie, attacchi jacksoniani ed emiparesi a S., emianopsia S.

Radiografia del cranio: Impronte digitate su tutta la teca cranica, modica diastasi delle suture, circolo diploico evidente, sella leggermente allargata.

Reazione di Friedmann: Lieve iperemia e congestione dei corni uterini, ovaie lievemente iperemiche.

Diagnosi clinica: Tumore del lobo temporale D..

Decorso: Il paz., entrato in condizioni gravissime, muore improvvisamente dopo 6 giorni. All'autopsia: astrocitoma del lobo temporale D..

OSSERVAZIONE XXI. — R. Alfredo di Tommaso, di anni 31. Entra in Clinica il 10 novembre 1939. Inizio della sintomatologia tumorale 2 anni prima del suo ingresso con diminuzione del visus ed accessi epilettiformi.

Radiografia del cranio: Impronte digitate diffuse a tutta la teca, modica diastasi della sutura lambdoidea, lamina quadrilatera alisteretica, sella ingrandita, circolo diploico accentuato.

Ventricolografia: Mancato riempimento del ventricolo laterale D., forte spostamento e deformazione del ventricolo laterale S.

FIG. 5. — Ovaia di coniglia trattata con urina di individuo affetto da tumore cerebrale (osservazione V). Fase di maturazione avanzata dei follicoli ovarici Modica iperemia. Micr. Zeiss. . Obb. apoc. 16 mm.; Oc. 4C.

Reazione di Friedmann: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica: Tumore del lobo frontale D..

Intervento (Prof. Ayala): Ampio lembo osteo plastico frontale S., constatazione e parziale asportazione del glioma frontale.

Decorso: Parziale regressione della sindrome neurologica. Sottoposto a Rxterapia.

OSSERVAZIONE XXII. — D. Angiolino, di anni 22. Entra in Clinica il 19 novembre 1939. Inizio della sintomatologia tumorale un anno e mezzo prima del suo ingresso con diminuzione del visus ed accessi jacksoniani a S.

Radiografia del cranio: Cranio nuvoloso, sella secondaria, modica diastasi delle suture.

Ventricolografia: Incompleto riempimento del corno frontale D., mancato riempimento del corno temporale D., enorme dilatazione del ventricolo S. con lieve spostamento dei reciproci rapporti.

Reazione di Friedmann: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Diagnosi clinica: Tumore del centro ovale S.

Intervento (Prof. Ayala): Decompressiva subtemporale alla Cushing.

Reazione di Friedmann dopo l'intervento: Nessuna modificazione nell'apparato genitale della coniglia.

Decorso: Miglioramento della sindrome neurologica, diminuzione dell'emiparesi, attualmente sottoposto a Rxterapia.

Ammesso che la reazione di Friedmann si ritiene positiva quando si riscontrano nelle ovaie follicoli emorragici o corpi lutei, dovremo concludere che, nei casi da noi esaminati, sia prima che dopo le cure, essa reazione, intesa nel senso che per maggior comprensione diremo « ostetrico », è stata negativa. Ma, riconoscere l'assenza dei due elementi specifici della reazione e concederne la negatività nel senso ostetrico e biologico di assenza di *prolan B* non ci esime da ogni altra considerazione. Anzitutto faremo rilevare che in alcuni casi (9 su 22) si ebbe il reperto di un modico ingrossamento dei corni uterini che si presentarono di colorito più scuro, qualche volta livido, con intensa iniezione vasale, mentre le ovaie non presentarono mai alcuna modificazione di volume od al massimo assunsero un colorito roseo un po' più intenso che nei controlli e perciò si misero in evidenza maggiore i follicoli.

A questo quadro macroscopico corrispondeva, all'esame istologico, un modico aumento dello spessore della mucosa dei corni uterini che, senza assumere l'aspetto papillomatoso proprio della fase pregravidica, presentava qualche accenno a formazioni ghiandolari semplici, e, in alcuni casi, una discreta iperemia con replezione dei capillari della mucosa stessa (fig. n. 2) senza che tuttavia questa iperplasia della mucosa assumesse quegli aspetti che si riscontrano inoculando alle coniglie urine di donna gravida (fig. n. 3). Dal canto loro le ovaie, sempre in confronto ai controlli, presentavano minime alterazioni consistenti in un lieve aumento dei follicoli in fase di sviluppo, nonchè un modesto turgore dei capillari i quali apparivano evidenti (fig. n. 5), senza però potere mai riscontrare accenno a vere emorragie follicolari. Comunque, anche microscopicamente, quelle che predominavano erano le modificazioni uterine.

Veniamo ora a quelle modificazioni dell'apparato genitale che procedono sotto la direzione del lobo anteriore dell'ipofisi il quale secerne due ormoni: il primo dei quali presiede alla maturazione follicolare (*Follikelreifungshormon* o *prolan* A). Come è noto, questo ormone determina la maturazione del follicolo e permette la formazione di *follicolina* che, a sua volta, condiziona la comparsa di quella che Zondek chiama « *fase Pf* » ossia della proliferazione della mucosa uterina, senza però che questa mostri le alterazioni pregravidiche, proliferazione che riguarda più particolarmente la tonaca mucosa in cui cominciano a delinearsi quelle che saranno le ghiandole uterine. Il secondo ormone gonadotropo ipofisario, distinto dal precedente come dimostrano gli studi Zondek, Von Bruhl, Claus, Hamburger, Lipschütz, Loeb, Magistris, Reiss, Madelstamm ed altri, è l'ormone luteinizzante (*Luteinisierungshormon* o *prolan B*) il quale determina la trasformazione del follicolo maturo in corpo luteo (rottura e conseguente emorragia) nonchè la formazione del « progestin » da cui dipende la fase che Robert Meyer ha definito pregravidica o « *fase Pg* », in cui la mucosa uterina comincia a proliferare entrando in piena efficienza.

Senza riportare qui i dati sperimentali su cui l'affermazione si fonda ci limiteremo a ricordare che le modificazioni osservate nei nostri casi corrispondevano a quelle che si determinano nella prima fase del ciclo estrale e precisamente in rapporto al binomio *prolan A-follicolina* e per ora incidentalmente diremo che, secondo Zondek, le modificazioni indotte sperimentalmente nell'apparato genitale dei roditori giovani mediante l'iniezione di *prolan A* sono esattamente sovrapponibili a quelle determinate dall'iniezione di *follicolina*.

Come sopra si è detto, gli animali da noi usati vennero scelti generalmente dalla stessa nidiata e, per ogni gruppo, venne tenuto un controllo: mai ci fu dato constatare in esso quelle modificazioni che abbiamo or ora descritte. Era possibile però che i fenomeni da noi osservati potessero essersi instaurati indipendentemente dall'azione delle sostanze gonadotrope contenute nell'urina. Per eliminare questa possibilità e particolarmente in considerazione del fatto che nelle coniglie la rottura del follicolo avviene solo dopo l'accoppiamento e probabilmente o per un estremamente rapido ciclo estrale o per la costante e modica presenza di ormone preipofisario in circolo, e quindi una costante « *fase Pf* » (Zondek), diremo che in alcuni animali venne, prima di eseguire la prova, praticata una laparatomia esplorativa secondo quanto consigliano Reinart e Scott, Tranchina, Boehme e Brouha, ecc. In tali casi venne constatata, sacrificando l'animale dopo la prova, o la persistenza, nei genitali, delle condizioni osservate all'ispezione laparatomica, o le modificazioni caratteristiche. Noteremo ancora che lo stesso procedimento venne seguito ripetendo le prove, sia in alcuni casi di reperto negativo, sia e sopratutto nei casi in cui si erano notate modificazioni appariscenti. Concluderemo quin-

di che nei casi da noi studiati le condizioni dei genitali delle coniglie erano in stretto rapporto all'introduzione delle urine dei pazienti affetti da tumori cerebrali.

Ma ci sembra giustificato concludere, come implicitamente Kraus ed esplicitamente Monnier, che l'effetto gonadotropo dell'urina è legato ad uno stato di irritazione dell'ipofisi anteriore, dipendente a sua volta dall'ipertensione intracranica o da uno stimolo esercitato direttamente dal tumore sull'ipofisi, sempre che siano integre le vie di connessione cerebro-ipofisarie? Sta di fatto che, quando si riscontra la positività delle reazioni per gli ormoni gonadotropi ipofisari nei tumori cerebrali, essa riveste sempre l'aspetto che si attribuisce alla presenza di *prolan A-follicolina*. Questo quadro è stato constatato da Kraus, da Monnier, da Hoffmann, da Oesterreicher, da Zondek stesso ed è risultato netto anche dalle nostre ricerche. Se realmente si tratta di uno stato irritativo ipofisario non si intende chiaramente perchè la reazione è negativa od estremamente debole, come Monnier e Kraus affermano, nell'idrocefalo, negli ascessi cerebrali, nei traumi cerebrali, condizioni tutte che implicano un possibile risentimento ipofisario e che quindi dovrebbero dare una reazione pari, se non superiore, a quella determinata dai tumori. Difatti, sia che si cerchi di spiegare l'irritazione dell'ipofisi coll'intervento dei centri vegetativi infundibulo-tuberiani, sia che si cerchi di spiegarlo con la stimolazione di eventuali vie cortico-ipofisarie, tanto nel caso di un tumore, quanto nelle condizioni ipertensive sopra accennate, esistono i fattori patogenetici atti a determinare il fenomeno irritativo.

E che non si possa imputare unicamente all'ipofisi il risultato positivo delle reazioni biologiche è ancora dimostrato dal fatto che è tutt'altro che costante il reperto della reazione stessa nei casi di tumori diencefalici e dal fatto che, come risulta dalla statistica di Mc Cullagh e Cuyler, dagli studi di Jores, di Jamin, Cushing, Hildebrandt e di Schilling, per citare i maggiori, nei tumori ipofisari stessi, e particolarmente negli adenomi, è scarsissima la positività percentuale delle reazioni atte a svelare la presenza di ormoni gonadotropi. Altrettanto difficile ci riesce interpretare, col solo intervento ipofisario, la positività non indifferente delle reazioni biologiche (36 % nelle donne, 13 % negli uomini secondo Zondek) in soggetti affetti da tumori extragenitali ed extracerebrali. Nè più agevole è il nostro compito quando cerchiamo la spiegazione del comportamento, fra gli altri, della reazione di Friedmann notato nella osservazione II in cui la comparsa di metastasi di un osteosarcoma delle orbite alle ossa del viso e al fegato, andò di pari passo con un intensificarsi delle modificazioni macroscopiche e microscopiche nell'apparato genitale delle coniglie trattate con urina di tale paziente.

Prescindendo dalle recenti ricerche che tendono in parte ad infirmare l'identità degli ormoni ipofisari ed urinari (Cova, Fels, Philipp, Haterius e Carisyven, Cattaneo, ecc.) a noi interessa constatare che sussiste una somiglianza oltre che funzionale, anche strutturale fra la *follicolina* ed il *prolan A* e che esistono numerosi composti chimici i quali hanno, dal punto di vista gonadotropo, azione analoga a quella presentata dai due ormoni.

Cook ha constatato che tanto tali ormoni quanto tali prodotti sintetici hanno, nella loro composizione chimica, un nucleo fenantrenico (cioè uno scheletro di tre catene chiuse cui è unito un quarto nucleo), e che idrocarburi di questo gruppo sono, fra gli altri, l'1-2 benzopirene, il 2-6-ciclopento-1-2-benzatracene, l'1-2-5-6-dibenzatracene e di suoi derivati, il crisene ed altri composti ancora che Cook stesso, Kenneway e Barry, hanno riscontrato essere ad un tempo cancerigni ed estrogeni.

D'altra parte Silberstein, Fellner ed Engel, Loewe, Randenbusch e Woss, Zephiroff e Dobrovoïskaïa-Zavadskaïa, Lewis e Geschikter, Lacassagne e Nika, Geist e Spielmann, Courier e Fels, hanno chiaramente dimostrato che gli estratti di tessuto di natura blastomatosa hanno un netto potere estrogeno e contengono un principio, secondo alcuni identico, secondo altri simile, non solo biologicamente ma chimicamente alla follicolina.

Senza pretendere di formulare su questi dati positivi un'affermazione, crediamo legittimo di prospettare la seguente ipotesi. Pur ammettendo che le modificazioni dell'apparato genitale della coniglia del tipo *prolan A-follicolina*, siano in rapporto ad un eventuale stato irritativo ipofisario, si potrebbe supporre che nell'urina di certi soggetti affetti da neoplasie cerebrali possano passare sostanze dotate dello stesso potere estrogeno degli ormoni gonadotropi ipofisari, chimicamente appartenenti al medesimo gruppo, ma escreti o secreti dal tessuto blastomatoso o derivati dall'eventuale disintegrazione dei suoi elementi. Ipotesi questa che potrebbe darci spiegazione anche del comportamento delle reazioni biologiche nei blastomi extragenitali ed extracerebrali, mentre troverebbe una riprova nei risultati degli studi di

Dingemanse, Freud, De Jong e Laqueur, i quali dimostrarono che il sangue di soggetti portatori di un tumore maligno possiede un potere estrogeno che va fino a 9-10.000 unità follicolina, e negli studi di Winter il quale osservò una elevazione del potere estrogeno delle urine dei cancerosi, senza tuttavia poter stabilire un netto rapporto fra la quantità di sostanza estrogena escreta e gravità della neoplasia (Harde, Henri e Batier).

In ultima analisi dunque nelle indagini condotte mediante la reazione di Friedmann usando l'urina di soggetti affetti da tumori cerebrali abbiamo constatato che la reazione stessa non ha mai dato il reperto che, nel senso biologico e formale sta ad indicarci una « reazione di Friedmann positiva ». Abbiamo invece riscontrato, in una percentuale del 40,9 % dei casi, reperti macroscopici e microscopici nell'apparato genitale delle coniglie riportabili alla eventuale azione di prolan A-follicolina.

Non abbiamo riscontrato però particolare intensità di questo reperto in rapporto alla sede del neoplasma, nè all'età ed al sesso del soggetto, nè al presumibile stadio di evoluzione e natura del processo blastomatoso, notammo solo come il reperto stesso sia divenuto meno intenso o sia scomparso in rapporto alle condizioni cliniche stabilitesi con l'associazione dell'intervento operatorio e della Roentgenterapia, e come talora, in rapporto alla fatale evoluzione dell'affezione, il quadro si sia lievemente accentuato.

Partendo da considerazioni di carattere biologico e chimico siamo indotti, sempre in via ipotetica, a pensare che oltre all'eventuale azione di ormoni gonadotropi ipofisari possano, nella genesi delle modificazioni osservate con la tecnica di Friedmann, esservi fattori estrogeni intimamente connessi al processo neoplastico, indipendentemente dalla sua sede cerebrale e dalle eventuali ripercussioni sull'ipofisi.

Considerando infine la relativamente scarsa percentuale di risultati positivi, nel senso di modificazioni apprezzabili nell'apparato genitale della coniglia, e la loro certamente problematica origine, non ci sentiamo autorizzati a valorizzare la reazione biologica per la ricerca della sua eventuale localizzazione (1).

(1) Quando il presente lavoro era già stato consegnato in Redazione siamo venuti a conoscenza di un articolo di Giorgio Dei Poli « Sulle reazioni biologiche di gravidanza e tumori endocranici » pubblicato sulla Rivista Italiana di Endocrino e Neurochirurgia (vol. 5, fasc. III, pag. 213). In esso l'A., dall'esame dei risultati ottenuti sia con la reazione di Aschheim-Zondek sia con la reazione di Friedmann, giunge alla conclusione che tali reazioni non possono essere ritenute di valore probativo nella diagnosi neurologica e neurochirurgica. Notiamo come in taluni casi l'autore ebbe reazioni dubbie, il che collima perfettamente coi risultati che abbiamo più sopra esposti.

RIASSUNTO.

L'autore ha esaminato il comportamento della reazione di Friedmann in 22 casi di tumori cerebrali; dai risultati ottenuti conclude constatando la inutilità diagnostica della reazione stessa e, per i casi in cui si ottengono modificazioni nell'apparato genitale delle coniglie, prospetta l'ipotesi che queste possano essere determinate da sostanze estrogene in rapporto al metabolismo della massa tumorale.

BIBLIOGRAFIA

COOK J. W. e DODDS E. *Sex hormones and carcer producing compound.* Nature, pag. 205. 1933.

COOK J. W., DODDS E. e WARREN F. L. *Chemistry of extragenic substance.* Nature, pag. 912-959. 1935.

CUBONI E. *Reazioni biologiche di gravidanza.* Op. Om. Wassermann n. 79. 1935.

DINGENMANSE E., FREUD J., SONG S. E. de, und LAQUEUR E. *Ueber das Vorkommen von hohen Mengen weiblichen (sexual) Hormons. Menschhormon im Blut Krebskranken (Mannern).* Ar. Gyn. pag. 225, 1930; Bioch. Zsch., pag. 231, 1931.

FELS E. *Hypophysentumor und Hormonausscheidung.* Klin. Woch. n. 13, pag. 504. 1933.

FREUD J. *La teneur en menformon des personnes souffrany de carcinome.* C. R. 15e Journ, Physiol. in A. Neer. Physiol., 473. 1930.

HARDE E., HENRI P. e BATTER J. *Recerche de la follicoline dans les urines des cancéreux.* C. R. Biol., pag. 100-491. 1929.

HIRSCH-HOFFMANN H. V. *Untersuchungen ueber Aschheim-Zondek'schen-Reaktion.* Kl. Woch., n. 16-38. 1932.

KRAUS E. J. *Ueber Prolanausscheidung bei chronichem Hirndruch.* Klin. Woch., pag. 38. 1932.

LOEWE S., RANDENBUSCH W., VOSS H. E. *Sexualhormogehalt und Krebsgewebe.* Bioch. Zsch., pag. 443. 1932.

MONNIER M. *Le valeur de la réaction de Aschheim-Zondek dans le diagnostic des tumeurs cérébrales.* Presse Med., pag. 412. 1937.

OESTERREICHER W. *Quantitative Bestimmung von Sexualhormonen (Hipophisenvorderlappen und Follikelhormone) bei gesunden, Geistes-und Nervenkranken.* Kl. Woch., pag. 538. 1933.

ZEPHIROFF P. e DOBROVOÏSKAÏA-ZAVADSKAÏA N. *Sur une substance liposoluble hestrogène isolée des tumeurs mammaires spontanées de la souris.* C. R. Acad. Sc., pag. 589, 1934.

ZONDEK B. *Hormone des Ovarinens und des Hypophysen Vorderlappens.* 2° Aufl. Springer, Wien. 1935.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI SEMEIOTICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. A. SIGNORELLI.

DISPENS. ANTITUBERCOLARE « REGINA ELENA »
DEL GOVERNATORATO DI ROMA
Medico dirigente: prof. A. SIGNORELLI.

Pneumotorace spontaneo benigno recidivante e alternante.

Dott. V. FANANO
Aiuto volontario nell'Istituto di Semeiotica Medica. Aiuto medico e radiologo nel Dispensario « Regina Elena ».

La letteratura del pneumotorace spontaneo si è arricchita, in quest'ultimo decennio, di numerose osservazioni di autori italiani e stranieri.

In special modo è stato preso in considerazione il pneumotorace spontaneo benigno nei pazienti ritenuti clinicamente sani.

Alla etiopatogenesi di questa non rara affezione sono stati portati notevoli contributi.

Questa modalità di pneumotorace insorge, è noto, più frequentemente negli uomini che non hanno superato i 35 anni di età, e nei cui precedenti, non si riscontrano speciali tare o affezioni morbose.

In pieno benessere, in seguito ordinariamente ad uno sforzo, ad un colpo di tosse, essi avvertono un dolore puntorio ad un emitorace accompagnato da senso di malessere o d'ambascia, da dispnea più o meno intensa e cianosi.

Non sempre però questi segni sono presenti. Nikolsky e Lubich infatti citano casi nei quali il pneumotorace sarebbe avvenuto durante il sonno.

Anche la dispnea può non verificarsi. Appare interessante il caso illustrato da Lubich di un paziente affetto di pneumotorace spontaneo che fu in grado di percorrere senza alcun aiuto, a piedi, oltre 6 km. di strada.

L'unico sintoma che, a nostro avviso, è sempre presente è il dolore puntorio iniziale, che i pazienti avvertono, alla regione mammaria o alla spalla.

Tutti gli autori sono concordi nel riconoscere nel pneumotorace spontaneo di questo tipo, un decorso benigno. Di rado concomita un versamento nel cavo pleurico e, se quest'ultimo avviene, è sempre in minima quantità e di breve durata. Non sono stati notati rialzi di temperatura. Il gas si riassorbe nel periodo di un mese o due circa ed il polmone, prima completamente compresso, si riespande. È allora possibile rilevare l'assenza di alterazioni a carico del parenchima polmonare.

Queste sono, in breve, le caratteristiche più salienti che fanno differenziare questo tipo di pneumotorace da quello spontaneo che si produce in pazienti tubercolosi in seguito alla rottura di una caverna o di un nodulo della stessa natura. Tutti gli autori inoltre affermano che non esistono pneumotoraci prodotti dalla rottura di un focolaio tubercolare con decorso apiretico o senza versamento pleurico (Kijaergaard).

L'esame clinico e l'indagine radiologica permettono di rilevare la presenza di un pneumotorace, quasi sempre, totale. Spesso il moncone polmonare si rivela addossato al mediastino e, qualche volta, nascosto dall'immagine cardiaca.

Un caso venuto alla nostra osservazione merita, secondo noi, questa breve nota sia perchè il pneumotorace si è ripetuto tre volte in un breve periodo di tempo (un anno e mezzo) sia perchè è stato successivamente bilaterale.

G. Emilio, di anni 21, piazzista.

Genitori viventi e sani. Non esiste tubercolosi negli antecedenti famigliari. La madre ha avuto tre gravidanze a termine ed un aborto. Dei tre figli due sono morti poco dopo la nascita per malattie imprecisate.

Il paziente, unico figlio vivente, è nato a termine ed ha avuto allattamento materno. Nell'anamnesi personale non si riscontrano precedenti che possano interessare l'affezione della quale ci occupiamo.

Nel maggio 1937, in pieno benessere, in seguito ad un lieve sforzo eseguito nel sollevare un mobile leggero, avvertì improvvisamente un dolore puntorio all'emitorace sinistro, in corrispondenza della mammella. Subito dopo, e nei giorni seguenti, ebbe modicissima dispnea, ma, non tosse, nè febbre. Visitato da un sanitario gli venne diagnosticato un pneumotorace spontaneo sinistro, la cui presenza venne confermata da un'indagine radiologica del torace praticata circa dieci giorni dopo (fig. 1). Nello spazio di un mese di riposo il paziente si ristabilì completamente. Una nuova indagine Roentgen rivelò la totale scomparsa del pneumotorace. Nel gennaio del corrente anno (1938), avvertì nuovamente, senza alcuno sforzo, un forte dolore puntorio alla regione mammaria destra. Anche questa volta venne diagnosticato un pneumotorace destro, e l'indagine radiologica, praticata circa un mese dopo, mise in evidenza un pneumotorace parziale destro (fig. 2). Neanche in questa seconda evenienza, all'infuori di una modica dispnea, si verificarono tosse, catarro, febbre, ed il riassorbimento dell'aria fu completo in circa due mesi.

A polmone totalmente riespanso, non fu possibile notare alterazioni a carico del parenchima polmonare. Il paziente, ristabilitosi, tornò alle sue normali occupazioni, e sino all'epoca attuale, è stato sempre bene.

Il 15 ottobre c. a. (1938), in pieno benessere, mentre era in attesa di una vettura tranviaria, ha avvertito un dolore puntorio nella regione mammaria destra, che gli ha richiamato alla memoria, per la sede e per i caratteri, il ricordo della pregressa affezione. Anche questa volta non ha avuto febbre, non tosse, non espettorazione, non dispnea.

Visitato subito dopo da un sanitario, venne inviato al Dispensario per gli opportuni accertamenti.

E. O.: Condizioni generali e di nutrizione buone; colorito della cute pallido con lievissima cianosi delle labbra.

Respiro: 20 al minuto; polso ritmico, di tensione e ampiezza media.

All'ispezione ed alla palpazione del torace si rileva una diminuita mobilità dell'emitorace destro ed uno spianamento degli spazi intercostali di questo lato con abolizione del fremito vocale tattile e, con la percussione, si nota una iperfonesi timpanica, mentre all'ascoltazione si rileva una completa apnea. A sinistra nulla di notevole.

L'indagine radiologica del torace mette in evi-

FIG. 1.

FIG. 2.

FIG. 3.

FIG. 4.

denza un pneumotorace totale destro con moncone polmonare addossato al mediastino. Esiste un lieve spostamento del mediastino a sinistra (fig. 3).

Il paziente, tenuto a riposo, è stato sottoposto a periodiche osservazioni. Dopo pochi giorni, si iniziò il riassorbimento d'aria che divenne completo nel periodo di tempo di due mesi. Una nuova indagine radiologica del torace, a polmone totalmente riespanso, non rivelò alterazioni apprezzabili a carico del parenchima polmonare (fig. 4).

La benignità dell'affezione ha reso molto difficile l'interpretazione etiopatogenetica, data anche la rarità di reperti di autopsia. Nei pochi casi venuti a morte, per cause diverse, e nei quali si può avere il riscontro autoptico, Fischer, Bickhardt, ed altri, ammettono di non aver mai constatato lesioni evolutive tubercolari.

Spiccata caratteristica di questi pneumotoraci è la recidiva. Siebert e Zinn ritengono che esso recidivi nel 70% dei casi, e Loke Edwin cita un caso nel quale, in un periodo di sette anni, si verificarono 12 recidive.

Siems ed altri ritengono che la genesi di questa particolare affezione debba ricercarsi in una fragilità costituzionale del tessuto polmonare. A questo proposito giova ricordare che Linser ha osservato che in alcuni individui il polmone si presenta molto ricco in fibre elastiche mentre in altri ne è scarsamente provvisto. Orsos afferma che questa oligo-elasticosi polmonare può essere modificata, e trasformata in iper-elasticosi, se si sottopone il polmone a forte lavoro. Vicino a questa oligo-elasticosi da non uso, gli autori (Policard, Orsos) sono propensi ad ammettere l'esistenza di una debilità elastica polmonare costituzionale.

Altre ipotesi sono state avanzate. È noto che il tessuto polmonare che si trova in prossimità delle bronchiettasie sacciformi terminali ha perduto notevolmente la sua elasticità. Un aumento di pressione provocato dalla tosse o da uno sforzo, può determinare la rottura con formazione di pneumotorace. Ma anche un pneumotorace consecutivo a rottura di cavità bronchiettasiche decorre, di rado, senza febbre o altre complicanze.

L'enfisema polmonare cronico può dare origine eccezionalmente ad un pneumotorace spontaneo. Devilliers, Emerson e Beller ed altri autori hanno riportato casi tipici. Biach ne ha illustrato 7 casi su 919 pneumotoraci spontanei osservati. Linchtenstein ha riferito un caso recidivato per tre volte. Fischer e Hayaschy sulla scorta di alcuni reperti autoptici di pazienti di pneumotorace spontaneo, venuti a morte per altre cause o per complicanze, hanno emesso l'ipotesi che il pneumotorace sia stato provocato dalla rottura di vescicole apicali cicatriziali le quali, secondo Fischer, rappresenterebbero l'esito cicatriziale di processi infiammatori apicali. Hayaschy avrebbe inoltre trovato alla base di queste vescicole una vera e propria formazione valvolare. Kijaergaard ne avrebbe distinto, dal lato istologico, due tipi: uno originatosi su tessuto cicatriziale in seguito a strozzamento dei bronchioli, l'altro dovuto a vere e proprie zone di enfisema senza un precedente fattore flogistico. Nel primo tipo il processo cicatriziale rappresenterebbe l'esito in guarigione di un focolaio di tubercolosi apicale. I colpi di tosse, gli sforzi, ecc., determinando un notevole aumento della pressione dell'aria contenuta nelle vescicole a causa dello strozzamento dei bronchioli, potrebbero provocare la rottura della bolla enfisematosa e la conseguente produzione del pneumotorace.

* * *

Nel caso da noi riportato, i precedenti anamnestici, le ricerche cliniche e radiologiche, permettono di escludere un'affezione bronchiettasica od enfisematosa preesistente.

Anche l'ipotesi di un'affezione tubercolare si dimostra poco probativa. La presenza nel radiogramma n. 3 di un'area iperilluminata, di aspetto rotondeggiante, in corrispondenza del margine esterno del lobo superiore destro, per l'assenza della trama polmonare, deve essere riferita, come altri autori (Siems, Gran, Salaris, ecc.) hanno interpretato in casi identici, ad enfisema parziale sottopleurico.

A nostro modo di vedere, ripetiamo, appare arduo ammettere la natura tubercolare, anche perchè non siamo riusciti a dimostrare, nei ripetuti controlli, lesioni in atto o pregresse della stessa natura a carico del polmone sinistro dove pure si è verificato un pneumotorace spontaneo.

L'obbiezione dell'esistenza di minime lesioni di natura specifica, non individuabili con i mezzi più perfezionati attualmente in uso, contrasta con l'assenza della sintomatologia e del decorso che ordinariamente sogliono verificarsi nei pazienti affetti di pneumotorace spontaneo prodotto da lesioni tubercolari.

Rimane da prendere in considerazione la presenza delle bolle apicali descritte da Kijaergaard. Nella nostra osservazione qualsiasi elemento tendente a dimostrare l'esistenza di vescicole enfisematose del tipo cicatriziale o puro enfisematoso è senz'altro da escludere.

L'ipotesi di una fragilità alveolare costituzionale, come alcuni autori (Siems, ecc.) hanno ammesso in casi identici, raccoglie le maggiori probabilità.

Stando anche alle osservazioni anatomiche di Linser ed Orsos, siamo del parere che questa fragilità debba essere costituzionale e non si verifichi nell'unica evenienza di pregresse od in atto affezioni tubercolari o di enfisema parziale. Altre cause capaci di provocare una fragilità alveolare possono esistere. Al momento attuale, i fattori responsabili di quest'ultima sfuggono ai nostri metodi di indagine più accurati.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di pneumotorace spontaneo recidivamente e successivamente bilaterale verificatosi in breve periodo di tempo (due volte a destra ed una a sinistra in meno di un anno e mezzo) in un'individuo clinicamente sano. L'affezione ha avuto tutte e tre le volte decorso benigno, senza complicazioni. Dopo aver passato in breve rassegna le cause capaci di dar origine a tale affezione, conclude ponendo l'ipotesi, che raccoglie le maggiori probabilità, dell'esistenza di una fragilità alveolare costituzionale.

BIBLIOGRAFIA.

BIACH. Wiener Med. Wochen., 1880.
BICKHARDT K. Med. Klin., 1930.
BRUN M., JAUBERT A., BERTHEZÈNE M. La Presse Medicale, n. 100, 1935.
CLARENCE H. KETTER. The Americ. Review of Tbc., vol XXVII, n. 6, 1934.
EMERSON P. e BELLER R. Americ. Journ. of Roentg., 1923.
FISCHER B. Zeitschrift f. Klin. Med., Bd. 95, 1922.
GRAN B. Riv. di Pat. e Clin. della Tbc., XI, 1932.
GRIMALDI E. Il Giornale di Tisiologia, n. 12, 1937.
GUALDI A. Rivista di Clinica Medica, 1933.
HAYASCHY. Frankf. Zeitschrift f. Pathol., 1915.
HOHENNER K. Beitr. zur Klin. der Tbk., Bd. 84, H. 6, 1934.
KIJAERGAARD H. Acta Med. Scandinava, 1932.
LOKE EDWIN A. Med. Clin. N. Amer., n. 13, 1929.
LOSANO G. Convegno Regionale Piemontese della Fed. ital. Naz. Fasc. per la lotta contro la Tbc., II, 1938.
LOVISATO. Riv. di Patol. e Clin. della Tbc., 1930.
LUBICH V. Riv di Patol. e Clin. della Tbc., V, 1931.
MULLER P. Klin. Wochenschrift, n. 4, 1934.
POLICARD. Le Poumon, Masson et C., 1938.
SALARIS C. Riv. di Patol. e Clin. della Tbc., III, 1934.
SCHOTT. E. Munch. Med. Woch., 1935.
SIEMS H. Keitr. Klin. d. Tbk., 1928.
VAJDA L. Beitr. zur Klin. der Tbk., Bd. 86, H. 6, 1936.
ZINN e SIEBER. Zeitschrift f. Tbk., n. 52, 1928.

SUNTI E RASSEGNE

ENDOCRINOLOGIA.

Le correlazioni ghiandolari endocrine.

(M. SCHTEINGART. *El Hospital Argentino*, 1939).

Le teorie sulle correlazioni ghiandolari possono essere così raggruppate:

1) Teoria della eccitazione e inibizione;

2) teoria del livellamento dei contrasti (Zondeck);

3) teoria della compensazione.

Secondo la *teoria della eccitazione e inibizione*, le ghiandole endocrine si eccitano o inibiscono reciprocamente nelle loro funzioni, sì che possono esser suddivise in gruppi attivi sinergici e antagonisti. Secondo lo schema di Aschner una correlazione sinergica esisterebbe nel funzionamento della tiroide, preipofisi e sistema cromaffine. Il gruppo antagonista sarebbe costituito dalle paratiroidi, ovaio e sistema insulinico.

Secondo questa teoria una determinata ghiandola endocrina viene ad essere privata di questa azione inibitrice quando la ghiandola antagonista corrispondente presenta una ipoplasia congenita od una insufficienza acquisita (ipertrofia paratiroidea nella estirpazione della tiroide e viceversa). Analogamente si spiegherebbe la maggior tolleranza verso gli idrati di carbonio nei tiroidectomizzati, venendo ad essere la produzione di insulina aumentata per l'abolizione della ghiandola antagonistica inibitrice: la tiroide.

La teoria del livellamento antagonistico è stata fondata da Zondeck quale applicazione di un principio generale di biologia e cioè che la natura cerca di equilibrare gli elementi che agiscono antagonisticamente. Questo principio di livellamento degli antagonisti si può già notare nel meccanismo di regolazione della concentrazione jonica sulla superficie delle cellule, come anche nel sistema nervoso vegetativo in quanto è noto che la irritazione del simpatico provoca un aumento di tono del vago, espressione del tentativo che fa l'organismo per ristabilire l'equilibrio là ove esso era turbato. Sostiene Zondek, e la cosa non è nuova, che ciò che è essenziale non è tanto l'equilibrio e l'armonia di ciascun organo, bensì l'equilibrio e l'armonia di tutto l'organismo.

Così l'ipertrofia del timo che si ha spesso negli ipertiroidei e che provoca vagotonia, rappresenta una difesa dell'organismo contro la ipertonia del simpatico provocata dall'iperfunzionamento tiroideo mentre l'aumento della tolleranza dei carboidrati negli ipertiroidei è conseguenza della iperatività antagonistica (vagotropa) contro la iperfunzione tiroidea (simpaticotropa).

In sostanza ogni eccitazione o paralizzazione, iperfunzione o ipofunzione di un organo incretore porta necessariamente con sè una modificazione analoga negli organi incretori antagonisti. Zondek divide quindi le ghiandole endocrine in simpatiche e parasimpatiche, stabilendo tra di esse norme di conclusione regolate da un centro cerebrale vegetativo diencefalico.

Ambedue queste teorie non resistono a serie critiche: le loro affermazioni non trovano conferma nella endocrinopatologia pratica. Esse però offrono una base comune alla *teoria di compensazione delle correlazioni interghiandolari*.

Secondo questa teoria non esiste una legge costante di correlazione interghiandolare; l'azione di ciascuna secrezione interna deve essere studiata volta per volta, nelle sue manifestazioni centrali e periferiche. La influenza regolatrice della secrezione interna può essere di eccitazione o di inibizione. Quando le due secrezioni eccitatrici agiscono sopra uno stesso organo, si produce una correlazione sinergica e regionale. Al contrario, se una delle secrezioni è eccitatrice e l'altra inibitrice, si produrrà una correlazione antagonistica regionale. Quanto si è detto per le secrezioni interne vale anche per le innervazioni simpatica e parasimpatica di un determinato territorio. Esistono quattro tipi di correlazione fisiologica:

1) la relazione delle secrezioni fra di loro o *relazione interglandolare*.

2) la relazione delle secrezioni con gli organi escretori: relazione bio-ormonica regionale.

3) la relazione fra ghiandole endocrine e sistema nervoso: *relazione neuro-ormonica;*

4) la relazione fra secrezioni e biotipo costituzionale: relazione *biotipo-ormonica.*

Esistono due forme di relazione compensatoria: *a)* la relazione di compensazione reciproca; *b)* la relazione di compensazione parziale detta anche di *patronage*. Nella relazione di compensazione reciproca le ghiandole endocrine funzionano secondo il seguente criterio: se sparisce (morte) la ghiandola X, la ghiandola Y si ipertrofizza ed iperfunziona; quando sparisce la ghiandola Y, si ha ipertrofia ed iperfunzione di X. Sparita la secrezione di X, la ghiandola Y cerca di sostituirla fino ad un certo punto, e viceversa. Quando la funzione di X aumenta, quella di Y diminuisce e viceversa; la funzione aumentata di X può essere accertata con la somministrazione di Y.

Nella compensazione parziale o di protezione, il funzionamento della ghiandola protettrice può compensare l'insufficienza della ghiandola protetta, ma questo rapporto non è reversibile.

Quando la ghiandola protettrice X è arrestata nella sua funzione (estirpazione, atrofia), la ghiandola protetta Y si atrofizza e diminuisce la sua funzione.

L'A. promette di occuparsi della parte clinica in un prossimo lavoro.

G. LA CAVA.

Diagnosi differenziale della sindrome di Cushing (basofilismo) di origine ipofisaria o surrenale.

(L. R. BROSTER. *Brit. Med. Journ.*, 16 marzo 1940).

Nello stesso anno (1932) in cui Cushing descrisse la sindrome che porta il suo nome e che dipende da adenoma basofilo dell'ipofisi, Broster, Gardiner-Hill e Greenfield descrissero sindrome simile associata all'iperplasia bilaterale delle surrenali.

Il Cushing nei suoi casi aveva trovato i surreni normali o iperplastici.

Essenzialmente la sindrome è caratterizzata da disturbi della sfera sessuale e da alterazioni del ricambio. Nella donna si ha irsutismo mascolino, irregolarità mestruale, obesità. Nell'uomo obesità, diminuzione di volume dei genitali, impotenza. A questi sintomi fondamentali si possono aggiungere cattiva tolleranza degli idrati di carbonio, ipertensione, eritrocitemia, aumento della colesterinemia, strie cutanee da distensione.

Nel caso descritto da Broster e collaboratori il miglioramento ottenuto colla surrenalectomia unilaterale fu molto scarso. Più tardi Gardiner-Hill pensò che il suo caso fosse un caso di sindrome di Cushing e allora, esaminato il pezzo, che era stato conservato, si ebbe una reazione fucsinofila nella corteccia surrenale.

È bene quindi fare un paragone dettagliato fra la sindrome di Cushing e la sindrome adrenogenitale nella sua forma pura di virilismo surrenale.

L'inizio è simile, si ha comparsa in donna, giovane e pubere di peli a tipo mascolino e di irregolarità mestruali. L'aumento di peso è notevole e permanente nel Cushing, mentre nel virilismo surrenale per lo più rimane stazionario (in pochi casi è aumentato) e invece di aumento di grasso si ha un maggior sviluppo muscolare con caratteri di mascolinità.

Fra questi due casi estremi c'è un gruppo di donne che non si possono nettamente classificare nella sindrome di Cushing o nel virilismo sessuale.

Bisogna allora ricorrere a ricerche di laboratorio. L'esame istologico della surrenale col-

la fucsina secondo il metodo di Vines ci può dire in modo certo se si tratta di virilismo. Peterson e Greenwood trovarono nelle urine di queste malate un eccesso di sostanza androgena, accertata colla prova del cappone o colla prova colorimetrica dei chetosteroidi Marrian Butter trovarono anche nel virilismo pregnane-triol e isoandrosterone. Tutte queste sostanze nelle urine si riducono colla surrenalectomia.

Recentemente (dal 1935 al 1938) sono stati descritti casi non distinguibili dalla sindrome di Cushing dovuti a carcinoma della corteccia surrenale in Inghilterra da Hare, Ross e Crooke e da Lescher e Rott-Smith e in America da Kepler, Waltens e Piper. Questi autori diedero importanza alla presenza di sostanze androgene nelle urine per la diagnosi di tumore della corteccia surrenale.

L.A. descrive un caso di adenoma basofilo dell'ipofisi in un uomo di 21 anni, in cui alterazioni ossee fanno pensare ad un'associazione con disturbi paratiroidei, e un caso di iperplasia surrenale in una donna di 28 anni, in cui si ebbe miglioramento dopo la surrenalectomia. L.

MEDICINA DEL LAVORO.

L'anatomia patologica e le manifestazioni radiografiche della pneumoconiosi.

(L. U. GARDNER. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 17 febbraio 1940).

L'A. ritiene che si debba conservare alla parola pneumoconiosi il significato usato fin dall'inizio di qualunque lesione dell'apparato respiratorio prodotto da polvere inalata e non si debba confonderla colla silicosi, come fanno alcuni. Le pneumoconiosi comprendono due malattie da causa nettamente definita, la silicosi e l'asbestosi, che hanno meritato un nome speciale per la loro marcata entità clinica, e poi un gruppo che si deve definire come pneumoconiosi benigna aspecifica.

Casi di quest'ultimo gruppo sono l'antracosi e la siderosi, che sono prodotte da inalazione di polvere di carbone e ferro. Si tratta solo di una pigmentazione senza fibrosi. Si ha fibrosi se ci si è unita la polvere di silicio e si hanno allora antracosilicosi e siderosilicosi.

In una categoria temporanea va messa la baritosi, descritta da Arrigoni, e dovuta al solfato di bario.

In media l'uomo introduce 12.000 litri di aria nei polmoni in 24 ore. Se non ci fossero dei meccanismi di difesa i polmoni verrebero ad essere addirittura ostruiti dalla polvere. La difesa è rappresentata dalla forma delle cavita nasali, dalla presenza di ciglia vibratili sugli epitelii, dalle fagocitosi alveolari e dal sistema linfatico.

Per studiare l'istogenesi della pneumoconiosi hanno importanza la fagocitosi e la concentrazione di polvere.

Alcune sostanze inerti, come l'ossido di alluminio, non hanno nessun effetto sulla struttura delle cellule. Altre invece, come il silicio, danneggiano radipamente i fagociti, specialmente se i frammenti di silicio sono più piccoli di 3 micron di diametro. Si hanno dei cambiamenti degenerativi che ricordano quelli osservati nelle cellule epitelioidi della tubercolosi. La cellula aumenta di volume, compaiono nel citoplasma delle goccioline di lipoidi e gli elementi colorati in rosso neutro hanno l'aspetto di quelli delle cellule epitelioidi tubercolari. Crescendo il protoplasma in estensione, si ha una divisione del nucleo ripetutamente. Ne risulta una cellula gigante paragonabile alla cellula gigante di Langhans della tubercolosi.

Se lo stimolo è fortissimo, cioè se la quantità di polvere è molta, la cellula muore e si ha il processo che Mavrocordato ha chiamato di « mummificazione », cioè la cellula conserva la sua dimensione, la sua membrana limitante rimane invariata, ma gli elementi strutturali interni non si colorano coi coloranti istologici. Alcune di queste cellule rimangono così, altre si rompono e si liberano del loro contenuto, che è assunto da altri fagociti.

Fallon interpreta l'identità del processo istologico tubercolare con quello pneumoconiotico come il risultato nei due casi di formazione di fosfolipidi tossici.

Per le fibre di aspetto, essendo esse spesso troppo lunghe per essere incluse in un solo fagocita, sono aggredite da più fagociti.

Le pneumoconiosi benigne non specifiche comprendono tutte le reazioni a polveri minerali eccettuate quelle da metalli solubili (piombo), la asbestosi, la silicosi, la baritosi e i pseudonodali dei saldatori alla fiamma. La reazione varia secondo le proprietà fisicochimiche del minerale assorbito. Alcune polveri dànno solo un'infiammazione cronica senza condurre alla fibrosi ma solo ad un modico enfisema.

Se il minerale aspirato è incolore l'aspetto macroscopico del polmone non appare alterato. Altrimenti prende il colore del minerale ed assume un aspetto che difficilmente si differenzia dall'antracosi. La superficie di taglio mostra delle raccolte di colori lineari lungo i setti interlobulari e con una disposizione nettamente perivascolare. Spazi aerati sono sempre visibili nelle zone colorate e questo è un carattere distintivo dalla silicosi.

Sui radiogrammi si ha un aspetto anulare fortemente esagerato ma sempre col carattere della trama polmonore più marcata. Nei casi

più avanzati si può avere un aspetto reticolato. Queste modificazioni sono di natura vascolare e possono quindi essere confuse con ispessimenti vascolari che non hanno nulla a che fare con una malattia professionale (p. e. nei vecchi).

Nelle pneumoconiosi benigne non c'è una causa provocante nè predisponente alla tubercolosi.

La silicosi comincia come le forme benigne di pneumoconiosi, ma poi acquista una fisionomia propria dovuta al fatto che è stimolata la reazione connettivale col risultato terminale di formare dei noduli posti in vicinanza dei linfatici, di cui ostacolano la circolazione.

Macroscopicamente questi noduli non sono visibili e non sono visibili nemmeno radiologicamente, mentre al microscopio si vedono. Questo rende difficilissima la diagnosi precoce. Questa si potrà fare solo seguendo radiologicamente l'evolversi del processo. Quando i noduli raggiungano dimensioni di 3-4 mm. si ha un'immagine radiologica caratteristica. Questa si può avere anche in lavoratori che non hanno ancora avuto nessun disturbo che li abbia indotti a ricorrere al medico non avendo essi dato importanza alla modica dispnea da sforzo.

Questa forma nodulare di silicosi si accompagna ad un aumento nella recettività alla tubercolosi. Nel Sud Africa il 75 % dei minatori silicotici muore per tubercolosi polmonare. Nel Laboratorio di Saranac le autopsie davano il 65 % di tubercolosi polmonare in individui esposti a polvere di silicio, mentre dava solo il 15 % in quelli esposti ad altre polveri.

Non è invece dimostrata nè una maggior predisposizione alla polmonite nè una maggior gravità di questa malattia nei silicolitici.

Il maggior numero dei casi di silicosi richiede una lunghissima esposizione: da tre a sei anni e anche più. Ma ci sono dei casi a sviluppo precoce, nei quali la diagnosi non si può fare coll'esame radiologico, ma si deve fare clinicamente per l'esistenza di dispnea.

Ci sono delle forme di *silicosi modificata*, quando la polvere silicea è mista a polvere di ferro, carbone e vari silicati. Si ha allora la combinazione di pneumoconiosi benigna non specifica e di silicosi. Il radiologo però, in generale, non si sente di fare una diagnosi radiologica di questa associazione morbosa.

La suscettibilità alla tubercolosi è variamente alterata nelle silicosi modificata. La siderosilicosi e l'antracosilicosi tendono alla fibrificazione dei focolai tubercolari mentre la granitosicolosi produce escavazione dei focolai specifici.

Ci sono anche delle forme di *fibrosi conglomerata massiva*, la cui natura etiologica non è nettamente stabilita.

Si sono coniati vari nomi che tendono a classificare le varie associazioni morbose della silicosi. Per tubercolosilicosi si intende la tubercolosi che si insedia su un polmone silicotico e in cui la silicosi è la malattia fondamentale. La silicotubercolosi è invece l'opposto. Un tentativo di unificazione della nomenclatura fu fatto all'ultima conferenza internazionale della silicosi tenutasi a Ginevra.

La silicosi può essere complicata da insufficienza cardiaca, che è una manifestazione tardiva e spesso terminale.

Per quanto riguarda il cancro del polmone, la silicosi non ha nessuna importanza etiologica.

L'asbestosi provoca essa pure una fibrosi. Microscopicamente si ha un ispessimento a manicotto attorno ai bronchioli. L'obliterazione delle vie aeree non è completa, persistendo delle zone contenenti aria. Secondo alcuni si formano così delle bronchiettasie.

L'esame radiologico dà lesioni scarse. Solo nei casi più avanzati si ha un'ombra diffusa a tutti i campi polmonari, con una tessitura granulare, fine, uniforme.

Sintomi clinici sono la tosse e la dispnea, l'astenia e i dolori al torace. Nei casi più avanzati si possono avere cianosi, dita a bacchetta di tamburo, espettorazione ematica.

La malattia si manifesta solo dopo esposizione di lunga durata all'asbesto (al minimo sette anni). La tubercolosi è certo molto meno frequente nell'asbestosi che nella silicosi.

L.

MEDICINA COLONIALE.

Onyalai.

(CH. JOYEUX. *Presse Médicale*. 16 febbraio 1938).

L'onyalai, altrimenti denominata chilopaakembe, mhuka, manunga, kanfido, è una malattia di alcune regioni dell'Africa, essenzialmente caratterizzata da manifestazioni emorragiche che possono produrre la morte.

È stata osservata nell'Africa Occidentale portoghese, nel Congo belga, nel bacino del fiume Lualaba, nella Rodesia e nel Chenia. In Asia, e particolarmente in Cina, sono state notate affezioni analoghe, ma che non si son potute sicuramente identificare con l'onyalai.

Il decorso della malattia è rapido. Si ha dapprima un periodo di fenomeni generali: cefalea, dolori muscolari e ossei nella regione del torace ed agli arti inferiori. La temperatura è generalmente poco elevata: la febbre a 39°-40° costituisce un indice prognostico favorevole. Si ha inoltre senso di debolezza, astenia, senso d'intirizzimento in varie parti del corpo, anoressia, sintomi di enterite. Le congiuntive sono iniettate, la lingua, aumentata di volume, è dolente insieme alle regioni parotide,

Poco dopo, per lo più dopo qualche ora.

compaiono i sintomi cardinali, consistenti in un'eruzione vescicolosa o bollosa sulle mucose, più raramente sulla cute. Nei casi benigni quest'eruzione è limitata alla mucosa boccale: faccia interna delle guancie, labbra, lingua, volta palatina e spesso nella parte posteriore delle fosse nasali. Ma il più delle volte l'eruzione si diffonde a tutto il tubo digerente, con alterazioni a carico dell'apparato urinario e del sistema nervoso centrale.

Il contenuto degli elementi eruttivi è costituito da sangue nero più o meno coagulato. Il fondo della vescicola è ulcerato con alterazioni profonde degli strati sottomucosi.

Le vescicole si rompono producendo emorragie più o meno abbondanti, dalle quali dipendono l'esito della malattia. Nei casi benigni tutto si limita ad uno stillicidio boccale e nasale che dura solo qualche giorno: la malattia guarisce rapidamente con l'unico postumo più o meno persistente di un'anemia a tipo ipocronico. Ma le forme più frequenti sono quelle gravi ed anche mortali. In capo a qualche giorno si determinano ematurie, ematemesi ed enterorragie abbondanti. L'alito diventa fetido, lo stato generale si aggrava, il malato diventa profondamente anemizzato, prostrato, incapace di alimentarsi da solo, e muore nel marasma. Per altro non si notano lesioni gengivali, i denti rimangono normali, non si nota nessun segno di scorbuto.

Oltre a questa forma tipica sono state osservate parecchie varietà. In qualche regione della Rodesia il sintomo principale è costituito dalle ematurie. Spesso si osservano segni di broncopulmonite, probabilmente dovuta alla presenza di piccole emorragie nel parenchima pulmonare. Talvolta si hanno i segni clinici di un'emorragia cerebrale.

La prognosi dell'affezione è varia. La temperatura bassa, il pallore dei tegumenti, la cianosi delle estremità, il tumore di milza sono indici sfavorevoli.

A causa della rapidità degli accidenti e dell'ventualità di una morte a breve scadenza l'onyalai è molto temuta dagli indigeni. In effetti la morte avviene nella metà o almeno nel quarto dei casi.

Questa prognosi è diventata meno grave da che i pazienti sono curati con la trasfusione del sangue. Si prelevano da un datore 18 cm. di sangue e si diluiscono con una soluzione di citrato di soda, dal 2 al 10 %. Si pratica quindi l'iniezione sottocutanea nella regione glutea o nella faccia esterna della coscia. Di solito bastano da 2 a 6 iniezioni. Come medicamenti sussidiari si adoperano, il siero leucocitico, lo arsenico, il ferro, il calcio ed una dieta ricca di vitamina.

L'esame ematologico dimostra: nessuna modificazione del tempo di coagulazione, diminuzione della retrattilità del coagulo, riduzione del tasso emoglobinico, leggermente abbassato quello del calcio, notevolmente aumentato quello dell'urea, riduzione del numero delle emazie a 1.000.000 ed anche a 500.000, leucopenia, mononucleosi poco marcata, più raramente linfocitosi, presenza di reticoliciti, diminuzione degli ematoblasti.

All'autopsia si constata pallore delle mucose, presenza di numerose vescicole con sangue stravasato su tutte le sierose. La cavità pleurica contiene liquido ematico, il parenchima pulmonare mostra focolai di congestione e può essere cosparso di emorragie. Lesioni analoghe si riscontrano nel miocardio e nel tubo digerente, nel quale si trova anche sangue fluido o coagulato. Si notano infine emorragie nel tessuto perirenale, negli ureteri, nella vescica, nel pancreas, nel fegato, nella milza, nel cervello, nelle meningi.

L'onyalai colpisce più l'uomo che la donna e più frequentemente i soggetti giovani. Sembra avere una predisposizione familiare, forse ereditaria.

Si verifica in tutte le stagioni, non sembra contagiosa.

La sua etiologia è sconosciuta. Sono stati sospettati la malaria, la tripanosomiasi, l'intossicazione da certi vegetali e particolarmente da euforbiacee, i morsi di serpenti, ma tali elementi etiologici non sono stati confermati.

La malattia è stata considerata anche come un'avitaminosi, ma contro tale ipotesi sta il fatto che l'onyalai non è più frequente durante le carestie.

È certo che l'onyalai ha molte analogie con le porpore gravi e sopra tutto con la porpora emorragica di Werlhoff, per il suo quadro clinico, per la diminuzione del numero degli ematoblasti, per il difetto di retrattilità del coagulo, per l'aumento del tempo del flusso sanguigno. DR.

DIVAGAZIONI

Problemi della voce umana.

Il meccanismo della voce umana, con tutte le sue varietà di timbri, di sonorità, di espressione, ecc. è così complesso da esigere lo studio e l'applicazione di varie branche di scienza. Giustamente R. Motta (*Ann. Teatro lirico italiano*, Ed. Corbaccio, Milano, 1940) osserva che il fisico vi vede le vibrazioni, il musicista dei suoni e delle note, il laringoiatra pensa alle corde vocali, il fonoiatra ad un complesso di organi, ecc. sicchè il laringojatra che intenda emettere un giudizio sicuro sulla voce di un cantante deve essere in possesso di nozioni speciali di altri campi.

Il normale funzionamento dell'emissione della voce è anzitutto connesso con l'integrità funzionale di tutto l'apparato della fonazione. Grande accortezza occorre per questo esame, poichè alle volte, pur con delle corde vocali leggermente arrossate, si hanno dei suoni normali; altre volte, invece, delle laringi di aspetto normale con corde vocali a movimenti conservati, emettono una voce afona. Si comprende come gli innumerevoli passaggi fra questi punti estremi possono occasionare delle modificazioni nella tonalità, nel timbro, nel colorito e così via.

Parte essenziale nell'emissione della voce sono, come è noto, le corde vocalivere, che entrano in vibrazione con frequenza varia corrispondente all'altezza della nota emessa; si avvicinano, perciò, e si tendono nelle note alte, mentre in quelle basse sono rilasciate e poco tese. Ma, anche per la stessa nota, il « colorito » della voce è in rapporto con altri fattori; così, l'A. ha dimostrato con la cinematografia della laringe, che questa è più bassa e poco visibile all'esame laringoscopico nel colorito scuro e viceversa in quello chiaro.

Molti sono gli esami occorrenti per un giudizio fondato sulla voce a cominciare dalla misura della capacità vitale e dell'apnea volontaria, procedendo poi a prove sull'utilizzazione del respiro nella fonazione, al riconoscimento dell'estensione del canto, ecc. Molto importante è l'esame stroboscopico, che permette di osservare i movimenti delle corde vocali. Assai utili sono inoltre la chimografia, la roentgenchimografia e la stratigrafia. Molte alterazioni che sfuggono al comune esame laringoscopico sono invece dimostrabili con il completo esame fonetico-respiratorio fatto con i mezzi accennati.

A differenza dall'estero dove la cinematografia della laringe non è uscita dal chiuso della ricerca scientifica in laborotario, l'A. ha potuto realizzarla in modo tale da servire anche ai bisogni della pratica, scoprendo con essa varie alterazioni patologiche, quali la fonazione con le corde false, la paralisi di una corda vocale, ecc.

Un vasto campo ancora poco esplorato è quello dei problemi riguardanti la radio ed il film sonoro. La nostra voce, anche nel canto, non è costituita da un suono puro, ma da una nota fondamentale unitamente a delle armoniche; è il numero e le varietà di queste che danno alla voce le sue caratteristiche (rauca, dolce, vibrante, colorito chiaro o scuro, ecc.). E l'A. osserva giustamente che a questi fattori deve riferirsi il fatto dell'essere le voci più o meno *fonogeniche* per la radio od il film sonoro ed auspica che si proseguano gli studi su tale argomento. E questo si presenta del massimo interesse ed esige la collaborazione anche dei fisici, perchè vi devono essere dei rapporti sintonici fra le frequenze degli apparecchi ricevitori e trasmittenti e quelle delle armoniche della voce umana; gli studi del Gemelli sull'elettroacustica del linguaggio e del canto portano già un buon contributo alla questione. FILIPPINI.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Allergie. Ein Lehrbuch in Vorlesungen. A cura di vari collaboratori sotto la direzione di W. BERGER e K. HANSEN. Un vol. in-8° di 728 pagg. con 138 figg. in parte a colori. G. Thieme, Leipzig, 1940. RM. 54 (25 % di sconto per l'estero).

Vasto e complesso fenomeno questo dell'allergia, che alcuni ammettono quasi con una certa diffidenza, stentando a riconoscere una causa patogenetica, che ha in sè qualche cosa di misterioso; mentre altri vorrebbero trovare in essa la spiegazione etiopatogenetica di tutti i fenomeni morbosi. È un fatto che, col rendere sempre più sottile l'indagine, ci si rende conto della grande diffusione di questo fenomeno, in campi dapprima neppure sospettati.

Dall'enorme groviglio dei fatti che si sono venuti accumulando su questo argomento, occorre sceverare quelli più significativi, in modo da inquadrare le questioni, eliminando quelli meno importanti e mettendo in piena luce quelli bene assodati. Messa al punto, questa, necessaria per ben comprendere e valutare i fenomeni clinici, la patogenesi, i fattori scatenanti, in modo da arrivare dove è possibile alla terapia causale.

Tale il piano di questo libro, in cui con la collaborazione dei più svariati specialisti il problema è trattato a fondo sotto i punti di vista. La forma di lezioni e la collaborazione di autori diversi nulla toglie alla trattazione sistematica, che è quella di un trattato.

Nella *parte generale*, W. Berger presenta un capitolo introduttivo sulla dottrina clinico-sperimentale dell'allergia. H. Schmidt vi tratta le basi sperimentali dell'A.; W. Berger la patologia funzionale della reazione allergica, di cui l'anatomia patologica è svolta da F. Klinge;

seguono due capitoli rispettivamente di K. Hansen e di H. Schmidt, sugli allergeni esogeni e su quelli endogeni; ed altri di F. Klinge sulle reazioni morfologiche infettivo-allergiche, di E. Hanhart sulla eredità e costituzione nell'allergia (idiosincrasia); di K. Hansen sui punti di vista generali per il giudizio clinico delle reazioni allergiche e dello stesso autore sulla diagnosi speciale delle malattie allergiche.

La *parte speciale* è suddivisa in due sezioni, di cui la prima tratta le malattie denominate secondo gli allergeni (malattie da siero, H. Schmidt; Allergia da medicamenti, K. Hansen, La febbre da fieno e l'allergia pollinica, dello stesso autore). Nella seconda sezione, invece, le malattie sono raggruppate secondo i sintomi e gli organi colpiti. Rinite vasomotoria (K. H. Baague); Asma bronchiale (W. Berger); Malattie vasali e cardiache su base allergica (W. Berger); Organi digerenti ed A.; Sisistema nervoso ed A., Orticaria, Edema di Quincke è stati simili (tutte di K. Hansen); Eczema e reazioni eczematose (K. Schreiner); Allergie articolari e disturbi associati (W. Berger); L'occhio e le ricerche sull'allergia (W. Riehm).

Evidentemente, non è possibile un'analisi dei singoli argomenti considerati, alcuni dei quali sono trattati con ampio sviluppo (l'asma bronchiale occupa un centinaio di pagine). In tutti i capitoli, la materia è svolta a fondo da competenti, in modo da soddisfare le esigenze di chi cerca in questo libro la dottrina pura, come di chi desidera averne le direttive per la pratica. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

L. STROPENI. *Le sindromi associate dell'addome superiore.* Vol. di circa 200 pag. Edit. Iter, Torino, 1940. Prezzo L. 50.

Abbiamo riletto con interesse, a distanza di più di un anno, questa relazione presentata dallo Stropeni al penultimo Congresso della Società Italiana di Chirurgia. L'argomento è indubbiamente molto vasto, specialmente se per sindromi associate si intendono, come ben mette in evidenza l'A. « le sindromi dovute alla contemporanea lesione funzionale e anatomica di due o più organi, in una manifestazione complessa, con sintomi dell'uno o dell'altro organo o di uno solo prevalente nel quadro morboso ». È uno degli aspetti del concetto correlazionistico, di cui il Pende è strenuo assertore e che segna forse il nuovo indirizzo della medicina moderna.

Lo Stropeni ha avuto il merito notevolissimo di avere, da buon chirurgo, messo dei solidi punti fermi, in un argomento come questo, che si presta a tante ipotesi o interpretazioni più o meno fondate.

Tutta la relazione è infatti una documentazione ben ordinata e completa di quanto in questo campo, così difficilmente inquadrabile è stato fatto, detto e scritto. Non lancio di ipotesi più o meno dimostrabili, bensì vasto ed organico studio della ricca letteratura sull'argomento, con particolare riguardo alle ricerche cliniche e sperimentali, cui lo Stropeni porta il valido contributo della sua scuola. Particolarmente interessanti ci sono parsi i capitoli sulle sindromi associate con splenopatie e quello delle sindromi associate degli organi dell'apparato digerente.

Completa il volume, di bella edizione, uno studio radiologico del Carando.

G. LA CAVA.

E. CALIGARIS. *Note di chirurgia pratica.* Un volume di 190 pag. con numerose illustrazioni. Ed. Iter, Torino, 1940. Pr. L. 40.

L'A., che è primario ospedaliero in Torino, ha voluto in questo volume raccogliere sinteticamente il materiale, frutto della sua osservazione e della sua attività operatoria; non si tratta però di un'arida statistica, bensì di una esposizione ordinata della propria casistica, accompagnata da considerazioni di indole pratica, che possono veramente riuscire utili a chi abbia a trovarsi di fronte a casi analoghi. Buona l'edizione. G. LA CAVA.

F. BIASCO. *Nota sulla patogenesi e sulla terapia dei blastomi.* Un vol. in-8° di 118 pagg. Tip. Garrini, Lecce, 1939. L. 15.

L'A. esamina ampiamente la *vexata questio* della patogenesi dei blastomi, con sussidio di numerose citazioni degli autori consultati, rilevando la complessità delle cause e dei momenti che possono dare e favorire lo sviluppo dei blastomi stessi.

Radicata è la sua fede nella curabilità e guaribilità dei blastomi. Nella sua casistica personale, egli ha ottenuto risultati, che non si esita a chiamare straordinari, con l'uso dello zolfo. *fil.*

H. HASSELBACH. *Die Endangitis obliterans.* Editore G. Thieme. Lipsia. Prezzo RM. 6,70.

Il 26° fascicolo della raccolta « Arbeit und Gesundheit » è dedicato all'endangitis obliterans, più comunemente indicata con i nomi di endarteritis o di tromboangitis obliterans.

Il dott. Hasselbach ne ha fatta una trattazione chiara ed esauriente da tutti i punti di vista: anatomo-patologico, etiologico, patogenetico, clinico, terapeutico e prognostico.

Uno speciale capitolo è dedicato alle quistioni medico-legali inerenti alla malattia.

DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La forma medica della dilatazione gastrica acuta.

Oltre alla dilatazione gastrica acuta postoperatoria, vi è anche una forma medica di tale sindrome, su cui richiamano l'attenzione J. e H. Monges (*Journ. des praticiens*, 13 aprile 1940), rilevando che in questi casi, un errore di diagnosi che portasse il malato all'intervento sarebbe fatale.

La condizione si manifesta improvvisamente con un violento dolore, continuo, a sbarra, alla parte superiore dell'addome; addome disteso, vomiti abbondanti; stato generale molto compromesso. In un caso riportato dagli AA., non ostante tale grave quadro, che aveva portata la malata all'ospedale con diagnosi di occlusione acuta, l'addome si presentava meteorico, ma cedevole, ingrossato nella regione sopraombelicale; epigastrio sensibile ma senza difesa; soprattutto importante un enorme guazzamento.

Fra le diverse condizioni che possono determinare tale sindrome, sono da menzionarsi gli eccessi alimentari, le affezioni addominali gastriche ed extragastriche (litiasi biliare, appendicite) quelle pleuro-polmonari, in cui spesso si tratta di squilibrio mediastinico, certe malattie del sistema nervoso, infettive (tifoide sulla IV-V settimana), le intossicazioni, i traumi, il parto. Il meccanismo che scatena gli incidenti è di ordine riflesso.

È importante la diagnosi differenziale con i quadri addominali da perforazione gastrica, occlusione, peritoniti, ecc.

Per la cura, è anzitutto essenziale lo svuotamento dello stomaco, a cui si farà seguire una lavanda con soluzione di bicarbonato di sodio, lasciando poi un po' di liquido nello stomaco per evitare la congestione *ex vacuo*. Si metterà il paziente in posizione prona, che ha il vantaggio di fare rialzare lo stomaco, evitando che pesi sul duodeno.

Si ricorrerà inoltre al trattamento generale; reidratazione mediante ipodermoclisi e goccia-a-goccia, lotta contro il collasso (etere, caffeina, canfora). Nelle forme che si trascinano, favorire la contrattilità gastrica mediante la retropituitrina e la prostigmina. La riuscita del trattamento dipende dalla sua tempestività; le dilatazioni acute da eccessi alimentari (si cita un individuo che aveva ingerito 30 uova) sono quasi tutte mortali. *fil.*

Emorragia massiva nell'ulcera gastro-duodenale.

Si sa che gli americani sono strettamente conservativi nel trattamento delle emorragie massive da ulcera gastro-duodenale. J. W. Hinton (*Annals of Surgery*, fasc. III, 1939), ne ha osservato 35 casi (13 % dei ricoverati per ulcera). Tra questi casi, tutti sottoposti a trattamento medico, ve ne furono 12 di mortali; in 2 l'ulcera era della piccola curvatura gastrica; in 10 era localizzata alla parete posteriore del duodeno e dall'erosione ulcerosa era interessato un ramo della pancreatico-duodenale.

L'A. pensa che per questi individui l'unica salvezza possa essere solamente l'intervento immediato. Il difficile sta nell'individuare e selezionare questi casi.

Da un po' di tempo l'A. si regola nel seguente modo: esegue una trasfusione di 500 cc. ed eventualmente una seconda trasfusione di 500 cc. viene praticata a breve distanza di tempo. Se vi è un miglioramento delle condizioni generali ed un aumento della pressione arteriosa, prosegue nel trattamento aspettante; altrimenti opera d'urgenza, mentre al paziente viene contemporaneamente eseguita una trasfusione assai lenta di 1000 cc. di sangue citratato.

L'intervento di scelta dev'essere la gastrectomia ampia che sotto trasfusione questi pazienti sopportano assai bene.

M. D'AGOSTINO.

Impervietà del piloro nell'adulto.

F. Corea Netto (*Presse med.*, 7 febbr. 1940) vuole identificare tutti quei quadri di impervietà pilorica degli adulti che non risultino sostenuti nè da stenosi organiche intrinseche od estrinseche con la stenosi pilorica dei neonati. Il quadro clinico è rappresentato da una sintomatologia di stasi gastrica cronica con ipertrofia della tunica muscolare dello stomaco e con iperperistaltismo e svuotamento ritardato.

L'A. crede ad una stessa patogenesi del megacolon e megaesofago, tale affermazione è convalidata dal fatto che tre dei soggetti da lui studiati erano anche portatori due di megaesofago e uno di megacolon. Per l'etiologia sembra doversi ricercare in lesioni dei due plessi mienterici causate da ipovitaminosi B_1.

Il trattamento dovrà essere chirurgico e l'intervento di elezione secondo l'A. è la piloroplastica di Finney che, stabilendo una larga comunicazione fra stomaco e duodeno, evita le recidive. Riporta la documentazione di 4 casi caduti sotto la sua osservazione.

M. DAVANTI.

Le reazioni del tubo digerente nelle avitaminosi, specialmente nella avitaminosi A e C.

M. G. Mouriquand e V. Edel. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 febbraio 1940) hanno voluto indagare negli animali le reazioni del tubo digerente a diete prive di una sola vitamina e precisamente ad alcune prive della vitamina A e ad altre prive della vitamina C.

L'indagine sperimentale ha dimostrato che una data avitaminosi è capace, senza il concorso di altri fattori, di determinare delle reazioni sull'apparato digerente diverse secondo il tipo dell'avitaminosi in causa.

L'avitaminosi A provoca uno stato distrofico generale senza disturbi digestivi svelabili clinicamente ma con lesioni della mucosa digerente che compaiono in uno stadio abbastanza precoce della distrofia. Questa può resistere poi all'azione della vitamina A e diventare irreversibile.

L'avitaminosi C determina delle alterazioni digestive (diarrea) di tipo acuto (generalmente reversibili) o subacuto che possono resistere all'azione della vitamina C e diventare irreversibili come anche la distrofia generale che le accompagna. Questo perchè la gastro-enteropatia dovuta alla carenza alimentare diventa a sua volta fattore carenziale per difetto di assorbimento delle vitamine da parte della mucosa malata.

Questi fatti sperimentali gettano una certa luce su alcuni fatti osservati nel corso di sindromi tipo sprue o malattia celiaca e caratterizzati dapprima da una carenza alimentare reversibile e poi dall'instaurarsi di una carenza da alterazioni intestinali che è irreversibile o difficilmente reversibile ed è associata a gravi disturbi della nutrizione anch'essi irreversibili. F. TOSTI.

Le cure per un ano artificiale permanente.

Nelle neoplasie intestinali, non è raro il caso che si debba ricorrere alla formazione di un ano artificiale, mentre spesso il paziente rifiuta la sua àncora di salvezza che gli può dare tale operazione, per il terrore e la ripugnanza di mantenere un ano artificiale per tutta la vita.

L. J. Druckermann (*Presse méd.*, 13 febbraio 1940) descrive il sistema consigliato all'Ospedale del Monte Sinai di New York, che permette di dissimulare bene tale infermità e di sopportarla senza inconvenienti. Il sistema è basato sulla produzione di una costipazione ostinata, associata ad irrigazioni periodiche.

È anzitutto necessario scegliere e seguire un regime adatto, in modo da ottenere delle feci secche, dure, formate e poco abbondanti. Dieta con pochi grassi e ricca in carboidrati, da cui vanno esclusi gli alimenti che lasciano molti residui. I pasti vanno presi ad ore fisse ed ingeriti lentamente; evitare di bere acqua nell'intervallo dei pasti. Le verdure si daranno ben cotte ed in purea; le frutta pure cotte senza buccie nè semi; pane bianco o biscotti, creme, paste e riso; carni tenere, ben cotte, senza grassi e parti fibrose; uova, cacao, tè leggero, caffè decaffeinato o surrogati; evitare i fritti. Tale il regime all'uscita dall'ospedale. Ottenuta la costipazione, si potrà aggiungere man mano qualche alimento saggiandone l'effetto per qualche giorno.

Come medicamenti sono consigliabili: il sottocarbonato di bismuto (1-4 g. al giorno) che tende a formare le feci ed anche a deodorarle; contro l'eccesso di gas, è utile il carbone vegetale finemente polverizzato (1-2 g. al giorno). Nel caso che nonostante il regime ed i detti medicamenti si abbiano delle diarree, si sospetterà l'origine gastrica (achilia) e si darà l'acido cloridrico. Utile, nei pazienti sottoposti lungamente al regime ristretto, la somministrazione di vitamine specialmente D e B.

Importante è l'irrigazione allo scopo di sbarazzare il colon dalle feci che vi si accumulano; l'intervallo può arrivare anche a 3 giorni, ma per la maggior parte è di 24 ore. La si fa mettendo l'enteroclisma all'altezza di un metro ed introducendo la cannula il più alto possibile. Quando il paziente ha la sensazione di ripienezza, si leva la cannula e si lascia colare il contenuto intestinale in una grande bacinella tenuta serrata contro la parete addominale; si ripete l'operazione fino a che l'acqua esce pulita. Si attendono 10-20 minuti e poi si asciuga con del cotone l'orificio. In generale, l'operazione non prende più di 3/4 d'ora e può essere eseguita senza insudiciamenti. Certi pazienti possono fare una rieducazione intestinale, in modo da avere una evacuazione spontanea ogni 24 ore, senza bisogno di irrigazione.

Come medicatura, si deve evitare il più che possibile di portare un sacco, che oltre a deformare la figura del malato, finisce sempre per emanare un puzzo ripugnante. Nella maggior parte dei casi, sarà sufficiente ricoprire l'orificio con una compressa spalmata di una pomata all'acido borico od alla vaselina, ricoperta da un'altra compressa e da un po' di cotone idrofilo. Il tutto può essere mantenuto in posto con delle strisce di sparadrappo; è opportuno che i pazienti portino una cintura. Per prevenire o trattare l'eventuale dermite circostante all'ano, si prescriverà una pomata a base di ossido di zinco al 10 % in lanolina anidra. La pomata è sempre necessaria per l'ano artificiale destro, in cui le sostanze fecali sono irritanti e con muco abbondante. Per il sinistro, che è il più frequentemente eseguito, le cure accennate basteranno a rendere tollerabile l'esistenza del paziente con tale infermità. *fil.*

Il valore della cecostomia come operazione complementare e decompressiva.

F. W. Rankin (*Annals of Surgery*, fasc. 3, anno 1939) così schematizza l'uso della cecostomia:

1) Come misura complementare (alla resezione ostruttiva; alla resezione con anastómosi termino-terminale o latero-laterale; alla esteriorizzazione di un segmento di colon).

2) Come decompressione per ostruzione intestinale nelle occlusioni acute per cancro del colon discendente o del retto; nelle forme di ostruzione subacuta o cronica del grosso intestino.

3) Come primo stadio di un'operazione in più tempi.

Richiama l'attenzione specialmente sui grandi vantaggi ottenuti dalla cecostomia come complemento ad ogni tipo di resezione del colon. La cecostomia previene la distensione, modera la peristalsi, e rende il decorso post-operatorio molto tranquillo.

M. D'AGOSTINO.

LABORATORIO

Sedimentazione globulare e tonsillectomia.

Da alcuni anni, si è venuto affermando il valore della determinazione della sedimentazione globulare, che sta in stretto rapporto col decorso di molte forme morbose ed appare inoltre un indice molto sensibile delle diverse manifestazioni cliniche, quali le riacutizzazioni, le complicazioni, ecc.

Si presenta quindi interessante questa ricerca nei confronti delle tonsillopatie croniche e specialmente nei processi tonsillari di natura infettiva, in cui esso può apparire particolarmente utile per definire il decorso clinico della forma morbosa e gli effetti terapeutici della tonsillectomia.

Tali determinazioni sono state fatte da F. Brunetti (*Il Valsalva*, febbraio 1940), il quale ha trovato quanto segue:

1) Nelle tonsilliti croniche, la sedimentazione globulare segue intimamente il decorso clinico della malattia e la sua ricerca può essere utilizzata per la prognosi e la dimostrazione di complicazioni.

2) Nelle tonsilliti infettive croniche con metatonsillite (nefrite, endocardite, ecc.) la determinazione ha importanza nel riconoscimento della malattia focale e sulla sua natura infettiva.

3) Per quanto riguarda gli effetti della tonsillectomia, è soltanto con ripetuti controlli a distanza di tempo che si può arrivare ad un criterio di valutazione prognostica. Non è stato possibile stabilire un esatto rapporto fra la gravità della lesione ed il valore della sedimentazione globulare; però, l'A. ha rilevato che nei casi che raggiungono la guarigione clinica, l'effetto finale sulla sedimentazione è stato costante e duraturo, indicando così l'influenza terapeutica dell'intervento. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche sopra sostanze ad azione antitiroidea.

È stata trovata tutta una serie di sostanze capaci di annullare l'azione della tiroidina sulla catalasi.

Poichè tuttavia una parte delle ricerche su tale questione è stata condotta provando la sostanza a contatto di tessuti isolati, i risultati che, se ne desumono devono essere accettati con riserva, per quel che eventualmente può accadere in vivo.

È comunque assodato che l'acido linoleico e l'oleato di sodio riescono ad ostacolare l'influsso eccitatore sul ricambio, svolto della tiroidina.

E. Keeser (*Klin. Woch.*, 6 agosto 1938) ha, tra l'altro, dimostrato che i cani, trattati precedentemente con antitiroidina Moebius, eliminano con l'urina una sostanza che influenza in maniera antagonistica l'azione eccitatrice della tiroidina sul ricambio.

Analogo risultato si è avuto nei cani in cui era stato iniettato l'elityran.

Anche nell'urina umana è stata trovata una frazione di etere di petrolio che influenza sinergicamente l'azione della tiroidina sul ricambio; nonchè una frazione solubile in etere, la cui iniezione ostacola l'azione acceleratrice dell'elityran sul ricambio M. FABERI

VARIA

Tacchi alti ed infortuni da caduta.

Gli elementi del passo, che maggiormente influiscono sulla sicurezza nel camminare sono l'altezza a cui viene sollevato il piede e la forza di scorrimento orizzontale fra piede e terreno.

Portando i tacchi alti, diminuisce l'altezza di sollevamento del piede ed aumenta lo sforzo di scorrimento; vengono così a peggiorare le condizioni di sicurezza.

L'influenza nefasta dei tacchi alti è dimostrata da una statistica di G. Geissenhörner (*Z. Blatt f. Gewerbehyg. und Unfallverh.*, marzo 1939) da cui risulta che gli infortuni da caduta di una Corporazione tedesca si verificano in proporzione notevolmente maggiore fra le donne che fra gli uomini. Per quelli verificatisi su pavimento piano, come nell'andare e tornare dal lavoro, il numero dei detti infortuni si verifica nel 33 % per gli uomini e nel 67 % fra le donne; per gli infortuni sulle scale, la proporzione di queste cresce, arrivando a 72 %, in confronto di 28 % fra gli uomini. La differenza è evidentemente dovuta al portare i tacchi alti. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

E. MORETTI. *La periratia nelle ulceri e nelle macchie corneali e nella cheratite parenchimatosa.* Tip. Edizioni Romane. Roma 1939.

P. PICCININI. 1° *Convegno nazionale di studi autarchici.* Milano 1940.

G. RAFFAELI. *Risultati di un nuovo sistema di cura della poliomielite.* Stamperia Editrice Commerciale. Bergamo 1939.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Il nuovo Direttorio del Sindacato Medico Nazionale.

In seguito ad apposita riunione tenutasi nella sede della Confederazione Fascista dei Professionisti e degli Artisti in Roma, il nuovo Direttorio del Sindacato Medico Nazionale è risultato così costituito: Segretario Nazionale: sen. prof. Raffaele Bastianelli; Membri: Mario Aresu, Giuseppe Barbèra, Eduardo Calandra, Lorenzo Cherubini, Ottavio Cipollino, Alberto Cucchia, Attilio De Martini, Carmelo Midulla, Giuseppe Moriani, Pietro Pariset, Angelo Puccinelli, Adelchi Salotti, Urbano Sorrentino.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Norme per la libera vendita dei prodotti qualificati specialità medicinali.

Il Ministero degli Interni (Direzione Generale della Sanità Pubbl.), con recente circolare alle Eccellenze i Prefetti, richiamandosi alla precedente circolare del 1938 ha disposto che devono essere considerate come specialità medicinali quei prodotti di libera vendita ai quali venga attribuita qualità terapeutica, come le caramelle, il rabarbaro, i liquori, specialmente a base di china, ecc.

La produzione di saccarina per uso farmaceutico.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato la legge 29 marzo 1940-XVIII riguardante la produzione nel Regno della saccarina. La legge vieta l'importazione della saccarina dall'estero a qualunque uso destinata; però gli organi ministeriali possono consentire la produzione nel Regno della saccarina destinata per uso farmaceutico o ad altri usi consentiti, da parte di Ditte esercenti Stabilimenti tecnicamente attrezzati all'uopo.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche:

Per disposizione del Ministero dell'interno i concorsi a posti di sanitari condotti sono prorogati al 31 agosto prossimo venturo.

Laboratori provinciali d'igiene e profilassi:

MANTOVA, per coadiutore; scad. 31 luglio, ore 18;

RIETI, per coadiutore; scad. 30 giugno, ore 12.

CONSORZI PROVINCIALI ANTITUBERCOLARI.

TORINO: *Dispensario centrale d'igiene sociale*: medico aiuto e medico assistente. Concorsi per titoli ed esami; stipendi L. 12.000 e L. 10.000; e 4 quinquenni dec.; serv. att. L. 3000 e L. 2000. Rivolgersi alla segreteria del Consorzio, corso Savona 26, Torino. Scad. 8 lug., ore 18.

TRENTO, medico aiuto presso il Dispensario Prov. e 4 medici direttori di sezioni dispensariali; scad. 30 giugno, ore 12. Rivolgersi alla Segreteria, presso l'Amministraz. Provinciale.

RAVENNA. *Ospedale Civile*. Dipendenza delle Istituzioni di assistenza raggruppate. — Aiuto medico; titoli ed esami; scad. 30 giu., ore 12; L. 5543 oltre indennità vitto L. 1330, partecipaz., c.-v.; età limite 35 a. al 1° aprile. Chiarimenti dalla segreteria delle Istituzioni di assistenza.

S. GIOVANNI IN PERSICETO (Bologna). *Ospedali Riuniti*. — Due assistenti med.-chir. (uno per la Divis. med. e uno per la Divis. chir.); titoli; L. 7696,85; età limite 30 a.; tassa L. 50. Chiedere chiarimenti all'Amministraz. Scad. 15 giu., ore 17.

SANT'ARCANGELO DI ROMAGNA (Forlì). *Ospedale Civile*. — Concorso posto di Primario di Chirurgia. Stip. L. 9000, indennità L. 2000 annue, oltre 10 aumenti biennali del ventesimo. Scad. 30 luglio 1940. Per informazioni rivolgersi Segreteria Ospedale.

SIENA. *Ospedale Psichiatrico di S. Nicolò*. — Due medici assistenti; titoli; L. 10.300 e sette trienni di L. 700 e di L. 940; indenn. serv. att. L. 2600; c. v. Età limite 35 a. al 10 maggio. Scad. 17 giugno. Chiedere copia del bando. Rivolgersi all'Ufficio di Segreteria della Società di Esecutori di Pie Disposizioni Testamentarie, via Roma, 41, Siena.

VARESE. *Amministrazione Provinciale*. — Concorso, per titoli, al posto di Medico Primario (con incarico di radiologo) per l'Ospedale Psichiatrico Provinciale. Stipendio annuo iniziale L. 16.050; per Servizio attivo L. 2000 e L. 2000 per l'incarico di radiologo. Lo stipendio iniziale è suscettibile di tre aumenti triennali e tre quadriennali; i primi quattro di L. 1500, gli altri due di L. 1330 ciascuno. Le retribuzioni di cui sopra si intendono già comprensive delle decurtazioni e maggiorazioni di cui la legge 20 aprile 1939, n. 591 e precedenti. Scadenze ore diciotto del 6 luglio 1940. Per altre notizie richiedere il bando di concorso alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Varese.

VENEZIA. *Dispensario d'igiene mentale*. — Medico dirigente; scad. 15 giugno, ore 12; L. 13.500, L. 700. 4 aument. decimo; età limite 35 a.; tasse L. 50. Rivolgersi all'Amministr. Provinciale.

Borse di studio.

Corsi di puericultura per medici

Il Ministero dell'Interno con D. M. del 30 giugno 1939-XVII aveva bandito un concorso per il conferimento di n. 25 borse di studio, di L. 1000 ciascuna, per un tirocinio di addestramento in puericoltura tra i medici esercenti nei comuni della Sardegna, Sicilia, Calabria, Lucania, Puglie, Campania, Abruzzi, nonchè nei comuni delle provincie di Frosinone, Pesaro, Sondrio, Bergamo, Fiume, Pola.

Il termine per la presentazione delle domande già fissato al 30 settembre u. s. è stato prorogato, con successivo provvedimento, al 30 giugno p. v.

Gli aspiranti devono far pervenire al Ministro dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica), entro il termine di cui sopra, domanda in carta legale da L. 6, con l'indicazione del domicilio, dell'età e la dichiarazione, sotto la propria responsabilità di appartenere alla razza ariana.

Il tirocinio di addestramento, della durata di un mese, avrà luogo presso le cliniche pediatriche e gli istituti di assistenza all'infanzia designati dal Ministero nelle seguenti sedi, per il numero dei medici rispettivamente indicato:

Roma: per n. 9 medici; Napoli per n. 8 medici; Bologna per n. 8 medici.

Dato il particolare interesse del corso, ai medici in servizio presso pubbliche Amministrazioni, cui sarà conferita la borsa di studio, dovrà concedersi regolare licenza per tutto il tempo necessario alla frequenza del corso, senza ritenuta o gravami di sorta per gli interessati.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Con semplice rito il prefetto di Trento ha consegnato il 22 maggio, alla presenza del federale e delle gerarchie, il distintivo d'onore di mutilato del lavoro al chirurgo dott. Giuseppe Gilli, già primario dell'Ospedale della città, generosa vittima della scienza. Il dott. Gilli, durante l'applicazione dei raggi Roentgen, riportò gravi lesioni, che resero necessaria l'amputazione delle dita e poi dell'intero braccio destro. Il dott. Gilli nel ringraziare il prefetto e le gerarchie ha espresso il suo vivo desiderio di poter mettere a disposizione la sua opera in caso di guerra nel campo dell'organizzazione dei servizi sanitari.

La dott.a Carmela De Giudice Capaldi, di Bologna, nell'assistere una partoriente setticemica ha contratto una infezione a un braccio per cui è stata insignita del distintivo d'onore per i mutilati e grandi invalidi del lavoro.

Il prof. Enrico Forster, presidente dell'Associazione Nazionale Culturale Fascista Stomato-odontologica, è nominato membro *honoris causa* dell'Associazione Stomatologica ungherese, per particolari benemerenze acquistatesi nel campo dell'insegnamento e nell'esercizio della professione.

Il prof. Francesco Landogna Cassone, libero docente di patologia medica nella R. Università di Genova, è nominato socio onorario della Società di medicina e chirurgia di Rio de Janeiro.

Il dott. cav. uff. Vittorio A. Cortese di Milano, volontario ed invalido della grande guerra 1915-1918 e volontario legionario in A. O. è stato promosso maggiore medico con decreto dell'8 agosto 1939 registrato il 1° settembre dello stesso anno.

Tale nomina gli è stata solennemente comunicata il 9 maggio u. s., giorno dell'Impero, in forma solenne, davanti al Monumento ai Caduti, essendo la promozione per meriti eccezionali.

Il dott. Ruggero Alloggio, medico condotto e ufficiale sanitario di Vigatto (Parma), è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia.

Nel concorso per una monografia medico-biologica nei recenti Littoriali femminili, tenutisi a Bologna, la Commissione esaminatrice ha formato la seguente classifica: 1) Montanari Anna (Guf Bologna) punti 10; 2) Barbara Franca (Guf Napoli) punti 9; 3) Castagna Rosalia (Guf Roma) punti 8; 4) Allaria Tully (Guf Torino) punti 7; Molin Anna Maria (Guf Genova) punti 6.

NOTIZIE DIVERSE

17° Congresso italiano di pediatria.

Si è svolto a Napoli dal 20 al 22 maggio.

La cerimonia inaugurale si è tenuta nell'Aula Magna dell'Università, alla presenza delle maggiori autorità cittadine e di un largo stuolo di intervenuti; il Rettore magnifico, Presidente del Comitato organizzatore, prof. Auricchio, ha porto il saluto augurale per la riuscita dei lavori ai quali prendevano parte i più eminenti rappresentanti della pediatria italiana. Dopo il benvenuto dato dal Podestà in nome della città di Napoli il prof. sen. Valagussa, vice-presidente della Società italiana di pediatria ha letto il discorso inaugurale ed ha partecipato ai convenuti le numerose adesioni fra le quali quelle del Ministro delle Corporazioni, del Direttore Generale della Sanità pubblica, del Presidente dell'Opera Nazionale maternità ed infanzia e del Presidente della Società italiana di nipiologia.

Prima che si iniziassero i lavori del Congresso, una rappresentanza di congressisti guidata dal presidente della Società italiana di pediatria e dal Rettore Magnifico, ha deposto una corona di alloro al Sacrario dei Caduti Fascisti a nome dei pediatri d'Italia.

I lavori si sono svolti nell'aula De Santis.

Congressi e convegni varî.

Il 2° convegno italiano di medicina omeopatica si è tenuto a Napoli il 20 e il 21 maggio nei locali dell'Unione professionisti e artisti. All'inaugurazione il segretario del Sindacato Fascista dei Medici, prof. Sorrentino, ha dato il benvenuto ai congressisti, augurando ai lavori del Convegno.

Il prof. Serena, presidente del Congresso e dell'Anoi, ha esposto il programma e sintetizzato le aspirazioni degli omeopatici italiani. Tra i disserenti sono stati i dottori Mattoli di Firenze, Riccamboni di Treviso, Gagliardi di Roma.

L'Associazione Medica Americana è convocata in New York City dal 10 al 14 giugno.

L'Associazione chirurgica americana si è adunata dall'1 al 3 maggio in St. Louis.

L'Associazione ortopedica americana si è adunata dal 6 al 9 maggio in Kansas City.

Una conferenza.

Nella Sezione di Storia della Cultura dell'Istituto della « Società Imperatore Guglielmo » in Roma (Palazzo Zuccari), il ten. colonn. medico dott. Giovanni Perilli ha tenuto, il 18 maggio, una conferenza sul tema « Il museo d'igiene di Dresda ».

Innanzi ad un denso pubblico, l'oratore ha tracciato, con facile parola, le vicende dell'Istituzione e ne ha descritto l'organizzazione e il funzionamento, tenendo desta l'attenzione dell'uditorio. Numerose proiezioni hanno conferito carattere documentativo all'interessante conferenza.

Ha parlato anche il direttore dell'Istituto, dott. Hoppenstedt, il quale, nel rilevare col più vivo compiacimento i successi delle armi germaniche, ha auspicato la perfetta intesa germano-latina nelle future opere di pace ed ha preconizzato

che in Italia sorga un'istituzione di propaganda igienica paragonabile al Museo tedesco illustrato con amore ed efficacia dal Perilli.

Visita a stabilimenti farmaceutici.

Sotto gli auspici della « Società Farmacisti d'Italia », 80 ufficiali medici di Torino appartenenti alla Milizia si sono recati a visitare a Settimo Torinese gli stabilimenti farmaceutici del Gruppo Montecatini. Erano fra essi spiccate personalità delle scienze mediche ed il rettore dell'Università. Vennero guidati dal console medico prof. Rolandi e furono ricevuti dall'amministratore delegato e dal direttore degli Stabilimenti. Dopo la visita si sono trovati, presente il luogotenente gen. Brandimarte, ad una cameratesca riunione, durante la quale hanno inneggiato ripetutamente al Duce.

Le piccole isole italiane assistite del "Centro Radio-Medico ,,.

Il « Centro Radio-Medico Internazionale », sotto la presidenza di S. M. la Regina Imperatrice, ha esteso la sua opera di bene. Nella sua ultima seduta il Consiglio Direttivo dell'istituzione italiana ha stabilito di prestare assistenza agli abitanti delle piccole isole italiane lontane dalle coste, considerate come navi in alto mare, che, secondo il giudizio della Direzione Sanitaria del « Centro », abbiano bisogno di assistenza medica.

Così il medico dell'isola, in caso di malattie che presentassero una certa gravità, potrà richiedere consiglio al C.I.R.M. che ha alle sue dipendenze alla benefica iniziativa e quello dellAeronautica valorosi medici di tutte le specialità.

Tutti i Ministeri hanno dato il loro appoggio ha già concesso l'uso dei mezzi aerei civili nei casi in cui occorra inviare un chirurgo oppure trasportare rapidamente l'ammalato al centro ospedaliero vicino, o inviare speciali prodotti medicinali che si rendessero assolutamente necessari per salvare vite umane in pericolo.

Il Comando Generale della R. Guardia di Finanza ha autorizzato il « Centro » ad usufruire delle proprie motovedette e motoscafi per gli stessi scopi. S'intende che tali mezzi verranno adoperati nei casi del tutto eccezionali, qualora la Direzione del « Centro » sarà per ravvisarne l'opportunità.

Com'è noto, il servizio è completamente gratuito. La Direzione Gen. di Sanità ha dato l'autorizzazione per questa iniziativa, che rappresenta indubbiamente un altro grande progresso nel campo dell'assistenza sanitaria specializzata in un particolare settore della popolazione italiana.

Tale nuova assistenza darà così la possibilità alle molte migliaia d'italiani sparsi nelle isole del Mediterraneo, di poter ricevere, quando la necessità lo richieda, tutti i consigli, le norme curative e l'assistenza diretta e disinteressata da parte di illustri clinici italiani.

In tal modo il C.I.R.M. — istituzione tipicamente fascista — prosegue arditamente a potenziare ogni giorno più la sua nobilissima provvida azione di solidarietà sociale.

Le lotterie per gli ospedali irlandesi.

Il Ministro dell'interno e della sanità pubblica dell'Irlanda, Ruttledge, ha riferito che le lotterie per gli ospedali irlandesi hanno dato, al lordo, 14 milioni di sterline (circa un miliardo e mezzo di lire it. al cambio ante-guerra); di essi 4 milioni sono stati destinati ad ospedali gestiti da enti pubblici e circa 6 milioni ad ospedali autonomi. Grandi ospedali regionali verranno eretti a Galway, Limerick e Cork. A Dublino sorgeranno quattro grandi ospedali generali, che costeranno due milioni di sterline, e un ospedale pediatrico, che assorbirà almeno un altro milione. A causa della guerra, l'Ente che gestisce le lotterie, « Hospital Trust Ltd. » si è volontariamente liquidato; ma si crede che si addiverrà ad una nuova serie di lotterie, limitando la vendita dei biglietti all'Irlanda: l'introito dovrebbe bastare, almeno, alle spese di manutenzione degli ospedali autonomi.

Notizie sanitarie di guerra.

In Germania, allo scopo di ridurre le spese inerenti all'introduzione di acido borico, si è stabilito che la concentrazione di questo prodotto negli unguenti e nelle soluzioni acquose non possa superare 3 %.

In occasione della « Settimana Medica Coloniale francese » e dell'« 11° Salone della Francia d'oltremare » sono state tenute le seguenti conferenze: « Profilassi delle endemo-epidemie coloniali nei suoi rapporti con la guerra » dal gen. med. ispettore Blanchard, direttore del Servizio sanitario al Ministero delle Colonie; « La malattia del sonno nelle colonie francesi » dal col. med. Lefèvre; « La febbre gialla nelle Colonie francesi » dal col. med. Bablet.

Nel Protettorato della Tunisia, ove si sono adottati provvedimenti d'eccezione le automobili private non possono circolare dalle 24 alle 5, salvo quelle dei medici, per ragioni professionali.

La Radio Stefani comunica da Berlino, in data 24 maggio:

Da fonte competente si afferma che, in ripetuti casi, l'aviazione alleata ha bombardato obiettivi chiaramente contrassegnati dalla bandiera della Croce Rossa. La compagnia di sanità di una colonna corazzata tedesca è stata attaccata la sera del 14 maggio a Givonne dall'altezza di 150 metri. Quattro uomini sono rimasti uccisi, altri feriti e le autoambulanze sono state distrutte.

Un po' dovunque.

Accanto al Tempio votivo dedicato alla memoria dei medici caduti ed alla esaltazione del medico vivente, sorto a Duno (Varese) per iniziativa del Parroco, don Carlo Cambiano, è stato eretto un Sacrario ove sono ricordati i nomi dei medici caduti in guerra e nell'adempimento del loro dovere civile; il Sacrario è stato inaugurato il 5 maggio, alla presenza del Vice-prefetto e del Federale di Varese.

Ad Amburgo si è organizzato un nuovo Servizio radiologico, diretto dal prof. Hanitz; dispone di un apparecchio per raggi X, capace di funzionare sotto un potenziale di 1.200.000 volta.

A Stoccarda è stato inaugurato, il 1° aprile, l'Ospedale omeopatico « Robert Bosch »; oltre che al trattamento dei malati, è destinato alle ricerche originali e all'insegnamento.

All'Università di Sofia si è collegata un'« Accademia odontologica ».

La « Minerva Medica » del 12 maggio è destinata alla medicina coloniale, in occasione del V

anno dell'Impero. Il fascicolo contiene 5 memorie originali, numerose recensioni e materiale vario. Apprendiamo che durante la campagna etiopica sono caduti 24 medici e che ai medici i quali hanno partecipato alla campagna sono state conferite 4 grandi onorificenze speciali (riguardarono il ten. gen. medico L. Franchi, il magg. gen. med. F. Martoglio, il col. med. M. Bedei, l'alto consulente sanit. A. Castellani), 2 medaglie d'oro (alla memoria), 9 medaglie d'argento, 48 medaglie di bronzo e 131 croci di guerra e che al Corpo Sanitario Militare è stata assegnata la medaglia di bronzo.

A Brisbane (Australia) la Facoltà medica, costituita nel 1936, è stata trasformata in Scuola medica.

A Bristol si è inaugurato, il 10 aprile, un nuovo ospedale odontoiatrico; è costato 83.000 sterline (al cambio attuale 6 milioni di lire it.).

A Stettino-Johanistal si è aperta una istituzione per giovani madri e per gestanti di guerra, capace di 220 madri e 250 bambini.

Nell'ospedale cittadino e universitario di Utrecht si è aperta una Sezione di chirurgia boccale.

È stato inaugurato il Centro materno di Castellamonte (Milano), che gli squadristi Ettore e Giuseppe Giraudo hanno eretto per onorare la memoria del padre, pure squadrista, che fu uno dei pioneri dell'industria conciaria italiana.

La Società degli Ospedali della Germania ha stabilito la norma che le biblioteche ospedaliere per infermi debbano disporre di almeno tre opere per ogni infermo.

L'Accademia nazionale di Medicina di Buenos Aires ha tenuto una seduta solenne il 18 aprile, sotto la presidenza del prof. Mariano R. Castex, con l'intervento del vice-presidente della Nazione, dott. Ramón y Castillo.

L'Istituto di patologia e clinica della Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires ha organizzato una Missione per lo studio dell'uncinariasi, sotto gli auspici dell'Università, del Consiglio Nazionale di Educazione, dei Ministeri della Guerra e della Marina e della Provincia di Corrientees; è diretta dal titolare della cattedra, prof. Carlos Fonso Gandolfo, assistito da 4 collaboratori ed è composta di 20 medici; ha per scopo l'accertamento dell'incidenza della malattia nel litorale nordico dell'Argentina, l'influenza della malattia sulle condizioni sanitarie generali e i mezzi profilattici.

Nel Michigan si è prodotto un incremento di casi di rabbia, durante gli ultimi anni; perciò è stata organizzata ora una campagna contro la rabbia; è diretta dal dott. A. W. Newitt, direttore dell'Ufficio di epidemiologia nel Dipartimento statale d'igiene, e da C. H. Clark, direttore dei servizi statali di veterinaria.

A Cincinnati (Stati Uniti d'America) si procederà alla vaccinazione contro la polmonite in 15 mila volontari, a cura del Servizio federale di Sanità Pubblica.

La Regina Imperatrice ha donato 500 corredini ai neonati della Clinica ostetrico-ginecologica di Cagliari, diretta dal prof. Vozza.

La Principessa di Piemonte, ispettrice generale della Croce Rossa It., ha ispezionato la sede del Comitato fiorentino dell'Ente.

La Principessa di Piemonte ha presenziato all'inaugurazione del nuovo Ospedale di Magliano Sabino, intitolato a Marzio Marino.

La Missione Giapponese, ospite dell'Italia, ha visitato l'Agro pontino, redento dal Fascismo.

Il prof. Tardo ha tenuto a Palermo una conferenza sul tema: « Le piurie ».

Il dott. D. Fontana ha tenuto a Brescia una conferenza « Sulla lotta contro la tubercolosi in rapporto alle Assicurazioni sociali ».

Il generale Beretta, ispettore del C.P.A.A., ha tenuto un corso di lezioni al personale della Croce Rossa Italiana di Bari e, all'ultima lezione, profittando della presenza delle infermiere volontarie, ha intrattenuto i presenti sui doveri della C. R. I. in pace ed in guerra, soffermandosi sull'impiego del personale maschile e femminile in caso di attacchi aerei.

I convenuti al 4° Congresso Siciliano Antitubercolare, guidati dal Prefetto Giacone, hanno visitato gli impianti e i dispensari antitubercolari e la città.

Alla R. Accademia Medica di Roma, nella seduta del 25 maggio, il prof. Vittorio Puntoni ha commemorato il compianto prof. sen. Giuseppe Sanarelli, del quale ha lumeggiato la molteplice, densa ed elevata attività di studioso e di maestro; erano presenti la vedova del Sanarelli, sig.ra Carmen Maria Pons, congiunti, amici ed estimatori in gran numero

L'Associazione Brasiliana « Amici dell'Italia », convocata in una sala del Policlinico di Rio de Janeiro, ha onorato la memoria di Edoardo Maragliano. Hanno parlato: Aloysio de Castro, presidente dell'Accademia Nazionare di Medicina e il dott. Aresky Amorin, presidente della Società Nazionale contro la Tubercolosi.

Il prof. Alessandro Bertino,, ordinario di Clinica ostetrico-ginecologica e direttore della Clinica ostetrico ginecologica della Università di Padova, è collocato a riposo per raggiunto limite di età, a decorrere dal 29 ottobre prossimo.

Nella colonia portoghese di Mozambico il servizio di Sanità ha fatto distribuire largamente un foglietto in lingua indigena, che contiene norme per la tutela delle partorienti, in specie contro le pratiche esercitate nell'interno della colonia, le quali provocano una mortalità infantile elevata.

A Gerusalemme ha funzionato, durante il 1939, una Pre-Facoltà Medica nell'Università ebraica; essa avvia ad una futura Facoltà. Vi sono state compiute anche ricerche scientifiche originali e vi sono stati organizzati corsi di perfezionamento per medici.

A Sullivan (Indiana, Stati Uniti), si è eretto un monumento sulla tomba di Jane Todd Crawford, la quale il 25 dicembre 1805 si sottopose alla prima ovariectomia e così dischiuse la strada alla chirurgia addominale; ella aveva allora 46 anni e ne visse ancora 32.

Il prefetto di Milano ha sospeso dal grado e dallo stipendio un medico condotto che, chiamato

d'urgenza, non si recò a visitare un ragazzo affetto da tetano, secondo la diagnosi di un altro medico immediatamente accorso ad assistere il malato; questo è deceduto.

I lebbrosari della Cina non hanno risentito danni delle ostilità cino-giapponesi, eccettuato quello di Svatoff, nel Cuan-tung, parzialmente demolito da un bombardamento aereo; inoltre la Clinica per lebbrosi di Giucao sospese la sua opera all'inizio del conflitto.

È deceduto in Roma il prof. EUGENIO GASPARRO, che dirigeva « Milizia Sanitaria »; era nato a Lecce; era docente di clinica chirurgica e console medico della Milizia. Godeva di larghissima estimazione.

Registriamo la perdita del prof. sen. GIUSEPPE TUSINI, che fu clinico chirurgico a Genova e del prof. GIULIANO VANGHETTI, ideatore delle plastiche cinematiche degli arti amputati. Delle due insigni personalità diremo prossimamente.

È deceduto a 67 anni il prof. WILFRED TROTTER, uno dei più reputati chirurgi dei nostri tempi; notevole è la sua tecnica operatoria per l'exeresi dei tumori maligni della bocca e del faringe; con V. Hosley introdusse in Inghilterra la chirurgia della tiroide; con Davis eseguì delle autoesperienze sulla rigenerazione dei nervi degli arti: esse hanno acquistato un valore permanente. Il Trotter era un pensatore di alto rango; i suoi lavori sull'istinto di associazione ed in specie sull'istinto d'associazione in pace ed in guerra, hanno destato vivo interesse; contengono, tra l'altro, un'analisi sulle differenze mentali tra inglesi e tedeschi. M.

È morto in età di 87 anni il cons. privato dott. HANS VIRCHOV, figlio di Rodolfo; era professore onorario di anatomia all'Università di Berlino.

È morto a Sofia, in età di 82 anni, il prof. NIKOLAI POPOFF, titolare di quella cattedra di psichiatria. Era nato in Russia ed aveva insegnato quella disciplina a Varsavia, Kasan e Odessa. Ha creato una scuola fiorente.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 10 Giugno 1940-XVIII Num. 23

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL «POLICLINICO PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 80 —	L. 125	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 125	L. 180
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 60 —	L. 70	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 125	L. 180
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 60 —	L. 70	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.)	L. 165	L. 220

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
E TERAPIA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITA' ADRIATICA
« BENITO MUSSOLINI » - BARI
diretto dal Prof. L. FERRANNINI.

Il metabolismo dei carboidrati nei malati del duodeno.

Comportamento della curva glicemica da carico nei pazienti affetti da ulcera duodenale.

Dott. RAFFAELE CONTE, allievo interno.

Era già da tempo dimostrato in Italia l'importanza del duodeno nel meccanismo di glicoregolazione, giungendo persino a parlare di un diabete duodenale, quando Bayliss e Starling dimostrarono che nella mucosa duodenale si produce un ormone, la secretina, capace di eccitare la secrezione pancreatica. Takacs (1927) conducendo delle ricerche, riuscì ad ottenere un ormone duodenale che costantemente provocava un abbassamento della glicemia e per valori oscillanti fino al 30-40 %. Seguono cronologicamente, ma sono d'importanza notevolissima, i valori di La Barre che riuscì a dimostrare come l'ormone duodenale fosse costituito a sua volta da due sostanze scindibili con l'acido tricloracetico, cioè l'incretina, stimolante la secrezione interna del pancreas, e l'escretina stimolante la secrezione esterna. Alla secretina si riconosce anche un'azione propria tissurale sul metabolismo dei glucidi, poichè si è visto che essa conserva la sua azione ipoglicemizzante anche su cani spancreati (Tackacs).

Macallum poi, ammetterebbe addirittura la esistenza di un vero e proprio ormone insulino-simile di origine duodenale, e tale ormone, ammesso anche da Heller, non solo non sarebbe identificabile con la secretina, ma neppure con l'insulina e si formerebbe per stimolazione dell'HCl quando dallo stomaco penetra nel lume intestinale, soprattutto in presenza degli zuccheri del chimo.

Ma altresì interessanti sono i rapporti tra secrezione cloridrica nel duodeno ed apparecchi

di glicoregolazione e l'attenzione dei ricercatori è stata portata sull'azione ipoglicemizzante posseduta dall'acido cloridrico.

Cozzuti avrebbe dimostrato che non solo l'*HCl ingerito o portatovi* direttamente nel duodeno, ma anche il semplice sondaggio a digiuno, sia gastrico che duodenale, provocherebbe ipoglicemia. Secondo le osservazioni di detto Autore praticate su 15 ammalati, di cui alcuni diabetici, l'abbassamento glicemico determinato dal sondaggio gastro-duodenale sarebbe stato nei diabetici, sempre relativamente più netto, più intenso che nei normoglicemici; negli ipo e anacloridrici meno evidente che nei normocloridrici, in tutti, più accentuato dopo successiva introduzione di HCl, fatto attraverso la stessa sondina stimolante.

Questo comportamento ipoglicemizzante dell'HCl sarebbe, secondo Michelazzi, ancora più sensibile nelle curve glicemiche da carico di glucosio ed è messo in rapporto, con tutta probabilità, allo stato di acidità gastrica.

Ma se quasi universalmente è riconosciuto un potere ipoglicemizzante all'HCl, Gley e Hazart poterono osservare diminuzione del tasso glicemico particolarmente più marcato in seguito all'introduzione di HCl nel duodeno, il cui meccanismo d'azione è ancora molto discusso.

Secondo i più, il fattore cloridrico interverrebbe sull'attività insulare indirettamente, attraverso la sua fisiologica azione stimolante della secrezione pancreatica.

L'acido cloridrico giunto a contatto con la mucosa duodenale provoca, oltre che la stimolazione del vago (Pawlow), anche la formazione di *secretina* (Bayliss e Starling).

La stimolazione del vago e la secretina a lor volta, indurrebbero un'eccitazione, rispettivamente nervosa ed umorale, della funzione acinosa del pancreas, cui si accompagnerebbe la immissione in circolo di insulina. Ma secondo Coehlo, Oliviera, Michelazzi, l'ipersecrezione insulinica sarebbe una risposta *consensuale propria degli isolotti di Langerhans all'ipersecrezione acinosa*, determinata dall'acido cloridrico e non sarebbe dovuta a stimolazione diretta ad opera della secretina come ammette Gley e la sua Scuola.

* * *

Per quanto concerne lo stato glicemico nei malati del duodeno, Molfino, Pende, Gasbarrini ed altri, avrebbero dimostrato come gli ulcerosi abbiano a digiuno un tasso glicemico spesso inferiore alla norma.

Nei 17 casi esaminati da Molfino, due soli presentavano un tasso glicemico elevato e la loro curva glicemica da carico era caratterizzata da lieve innalzamento seguito da brusco abbassamento al disotto dei valori iniziali. Ma tali risultati non hanno avuto conferma dalle ricerche di Le Noir, Richet, Mathieu de Fossei, Ringer, Cannavò; questi AA. *negli ipercloridrici ulcerosi* avrebbero riscontrato valori glicemici molto variabili e la curva glicemica da carico di glucosio orientata in senso diabetico, talvolta con presenza di glucosuria, a volte persino si osserva una sintomatologia diabetica. Certo che negli ulcerosi duodenali noi troviamo associate due condizioni, che, come abbiamo visto, sono suscettibili di interferire sul metabolismo degli idrati di carbonio: ipercloridria, almeno nel maggior numero dei casi; e alterazioni anatomo-funzionali del tratto duodenale. In condizioni normali ritmicamente e periodicamente si *svolgerebbe nel duodeno una funzione glicoregolatrice* in rapporto al passaggio del chimo acido. Evidentemente negli ulcerosi ipercloridrici tale funzione si troverebbe in uno stato di permanente eccitazione per l'alterazione della mucosa. Pertanto il secreto duodenale, esageratamente attivo negli ulcerosi, non solo assicurerebbe una completa utilizzazione degli idrati di carbonio ma spiegherebbe altresì lo stato di ipoglicemia riscontrata negli ulcerosi duodenali da parecchi Autori.

Secondo Gley e collaboratori tale fenomeno sarebbe da riferirsi all'ipersecrezione insulinica dovuta all'eccesso di secretina.

Ma tale spiegazione, invece, rimane ipotetica (Zunz e La Barre) se dovessero essere confermati i lavori di Takacs che dimostrò il potere ipoglicemizzante della secretina anche in animali spancreatizzati.

Qualunque interpretazione si voglia dare al fenomeno, spetta all'HCl, secondo quanto dai più si ritiene, e per esso al succo gastrico, una azione sia pure indiretta, stimolante l'apparato insulare; d'altra parte è noto, dalle ricerche di Okada in poi, che l'insulinemia si accompagna a sua volta ad aumento di secrezione acida gastrica, e che questo aumento è legato alla fase ipoglicemizzante.

Infatti Gley e Carlson in seguito ad iniezione di insulina hanno ottenuto delle contrazioni gastriche violente, che si possono inibire o elevando la glicemia o sopprimendo l'influenza del pneumogastrico con atropinizzazione.

Ugualmente le stesse contrazioni gastriche da fame sarebbero da mettersi in conto ad uno stato di ipoglicemia; ed infatti esse cesserebbero istantaneamente somministrando endovena o per via orale una soluzione glucosata.

Ricerche personali

Le mie ricerche considerano dieci casi di soggetti affetti da ulcera duodenale osservati nella Clinica medica di questa Università.

Ho avuto cura di sospendere ogni terapia in ogni soggetto preso in esame.

Il carico di glucosio è sempre stato praticato con l'infermo a digiuno dalla sera precedente ed il digiuno è stato mantenuto per tutto il tempo dell'esperimento.

In ogni caso la dose di glucosio somministrata è stata di gr. 50 in 100 cc. di acqua di fonte.

Per ogni caso prima della somministrazione del glucosio ho prelevato un campione di sangue venoso ed ho eseguito il prelevamento ogni ora fino a quattro ore dopo la somministrazione del glucosio, mantenendo l'individuo a riposo a letto per tutta la durata dell'osservazione.

Il sangue è stato reso incoagulabile con una piccolissima quantità di floruro di sodio.

Per la determinazione della glicemia ho adoperato il metodo di Folin-Wu.

Di ogni caso ho determinato il tasso glicemico a digiuno e la curva glicemica da carico di glucosio.

PROTOCOLLO DELLE RICERCHE.

Caso I. — F. G. di anni 30 da Campobello di Licata (Agrigento). All'età di 26 anni contrasse blenorragia ed ulcere veneree. Da cinque anni avrebbe dopo tre o quattro ore dai pasti un dolore lieve ma duraturo che dal fianco sinistro si porta fino alla regione epigastrica. Stomaco normale per forma, volume e posizione. Bulbo duodenale deformato con sospetta immagine di nicchia della piccola curvatura.

La glicemia a digiuno era di 0.90 ‰; alle ore 8, dopo un'ora dall'ingestione di gr. 50 di glucosio raggiunse 1.34 ‰; indi cominciò a discendere fino a toccare quasi il valore iniziale alla quarta ora (0.96 ‰).

Caso II. — F. B. di anni 31 da Bari. All'età di 20 anni contrasse malaria. Da tre anni avverte pirosi gastrica, iperacidità e dolori all'epigastrio insorgenti a digiuno che si calmano dopo l'ingestione di cibo, per ripresentarsi dopo tre o quattro ore dall'assunzione del cibo stesso.

Ricoverato in seguito a vomito alimentare commisto a sangue nerastro.

Radiolog.: Deformazione del bulbo duodenale con fenomeni di periduodenite. Ipercinesi gastrica. Stato generale scadente.

La glicemia che a digiuno era di 0.74 ‰ alle ore 8, dopo l'ingestione di glucosio, raggiunse l'elevazione massima (1.14 ‰) in mezz'ora, dopo discese gradatamente fino quasi al punto di partenza. Alla quarta ora (0.77 ‰).

Caso III. — S. G. B. di anni 25. All'età di 18 anni si contagiò di blenorragia; a 21 anni ebbe broncopolmonite. Da circa un anno avverte, dopo 2-3 ore dai pasti, un dolore lieve alla regione epigastrica che si accentua a digiuno e si attenua dopo ingestione del pasto per riprendere dopo 1-2 ore con la stessa intensità, acidità alla gola sotto forma di rigurgito acido e bruciore.

Radiolog.: Stomaco normale per forma, volume e posizione. Nessun segno di alterazione organica e funzionale a carico dello stomaco. Bulbo duodenale deformato, un po' ingrandito, con immagine di nicchia in corrispondenza della parete posteriore.

La glicemia, il cui valore iniziale era alle ore 8 di 0.71 ‰, raggiunse un'ora dopo l'ingestione del glucosio 1.06 ‰ per poi gradatamente discendere sino alla quarta ora a 0.60 ‰, al di sotto cioè del valore di partenza.

Caso IV. — I. M. di anni 30. È stato sempre bene fino all'età di 29 anni, epoca in cui in pieno benessere fu colpito da un fortissimo dolore alla regione epigastrica. In seguito ebbe forti eruttazioni con senso di acidità gastrica con maggiore intensità al mattino e subito dopo i pasti. Ha avuto anche conati di vomito e talvolta vomito bilioso al mattino, a digiuno, ed anche mezz'ora circa dopo i pasti.

Radiolog.: Stomaco normale per forma, volume e posizione. Peristalsi un po' affrettata. Canalizzazione piloro-duodenale non disturbata. A carico del recesso laterale del bulbo si mette in evidenza un ristagno del pasto opaco, per cui lo svuotamento del bulbo non avviene completamente.

La glicemia il cui valore iniziale era di 0.92 ‰ alle ore 8, un'ora dopo l'ingestione di glucosio arrivò a 1.16 ‰, per poi discendere gradatamente fino a 0.88 ‰ alla quarta ora.

Caso V. — P. S. di anni 64. A 17 anni si contagiò di blenorragia. Da cinque anni avverte un senso di peso alla regione epigastrica qualche ora dopo i pasti, dolore oppressivo che si irradia a tutto l'addome, di breve durata, periodico con intervalli di benessere di 10-15 giorni. Da due anni i dolori sono più frequenti, più intensi e di più lunga durata, talvolta violenti con esito in vomito.

Radiolog.: Stomaco normale per forma, volume e posizione. Canalizzazione piloro-duodenale non disturbata. Sulle pareti dello stomaco non risultano segni di processi ulcerativi; a carico del bulbo duodenale si nota l'esistenza di un processo ulcerativo della mucosa con piccola nicchia in cui ristagna il pasto opaco. Il bulbo si presenta alquanto deformato ed è dolente alla palpazione radiologica.

La glicemia che inizialmente era di 0.76 ‰ alle ore 8, raggiunse il massimo mezz'ora dopo l'ingestione di glucosio ossia 1.52 ‰, per poi discendere gradatamente fino alla quarta ora mantenendosi sempre un po' più elevata del valore glicemico iniziale (0,87 ‰).

Caso VI. — M. F. di anni 39. Non ha mai sofferto alcuna malattia. Sei anni or sono ha avuto forti dolori addominali che cessavano dopo cure adatte. Due mesi or sono ha avuto un dolore alla regione epigastrica che il paziente afferma di avere prima e 4 ore dopo il pasto. Solo qualche volta ha avvertito senso di acidità. Non ha mai avuto vomito. Tale sintomatologia si sussegue con tregua di alcuni giorni.

Radiolog.: Stomaco lievemente ingrandito, peristalsi inizialmente accentuata, bulbo duodenale irregolare, lievemente dolorante, con sospetta immagine di nicchia al corrispondente tratto della grande curvatura bulbare.

La glicemia iniziale fu alle ore 8 di 0.83 ‰, un'ora dopo l'ingestione di glucosio raggiunse il massimo, 1.68 ‰, e discese fino a 0,98 ‰ alla quarta ora, mantenendosi più elevata della glicemia iniziale.

CASO VII. — M. M. di anni 49. All'età di 44 anni ebbe malaria; a 47 anni artrite del tratto lombo-sacrale. Da un mese avverte un dolore alla regione epigastrica che precede di poco i pasti. Per due volte ha avuto vomito con tracce di sangue e melena.

Radiolog.: Stomaco normale per forma volume e posizione, senza disturbi di canalizzazione piloroduodenale. All'altezza del recesso laterale del bulbo duodenale si nota una piccola nicchia con sintomi di ristagno di pasto.

La glicemia che a digiuno era di 0.96 ‰ alle ore 8, raggiunse il massimo di 1.54 ‰ un'ora dopo l'ingestione di glucosio, indi discese gradualmente fino a 0.93 ‰ dopo la quarta ora.

CASO VIII. — C. L. di anni 49. A 23 anni ebbe malaria. Da circa sette anni incominciò ad accusare pirosi, senso di peso allo stomaco dopo i pasti, eruttazioni acide. Tale sindrome era accompagnata da dolori che lievi a digiuno, cessavano dopo l'ingestione di cibo per ricomparire con maggiore intensità dopo 2-3 ore. Un anno dopo ai dolori si aggiunse vomito alimentare. Due o tre volte ebbe a notare modiche ematemesi. Trovato affetto da ulcera duodenale fu operato. È stato bene per cinque mesi dopodichè cominciò ad accusare nuovamente bruciore e dolori gastrici.

Radiolog.: La canalizzazione gastrica è stabilita solo attraverso la bocca anastomotica. Non vi è svuotamento spontaneo attraverso il piloro e duodeno. Quest'ultimo con la palpazione radiologica s'inietta in parte mettendo in evidenza una piccola nicchia in cui ristagna il pasto opaco.

Il bulbo è dolente alla palpazione radiologica.

La glicemia che inizialmente era di 0.83 ‰ alle ore 8, dopo di un'ora dall'ingestione di glucosio ha raggiunto 1.23 ‰ ed è discesa gradualmente fino alla quarta ora, mantenendosi ancora un po' più alta del tasso iniziale (0.98 ‰).

CASO IX. — S. S. di anni 45. A 23 anni ebbe reumatismo articolare acuto. A 34 anni incominciò ad avvertire forti dolori all'epigastrio dopo 5-6 ore dall'ingestione di cibi, preceduti da forte acidità. Tali dolori aumentando d'intensità si irradiavano a cintura a tutto l'addome e si calmavano col vomito. Riconosciutagli un'ulcera duodenale fu operato, ed è stato bene per circa sette anni, dopo di che ha cominciato di nuovo ad avvertire lievi dolori all'epigastrio che sono sempre aumentati d'intensità.

Radiolog.: La canalizzazione avviene quasi del tutto attraverso la bocca anastomotica, mentre in piccolissima parte ed a piccole gittate attraverso il bulbo duodenale.

In corrispondenza della bocca anastomotica si nota la presenza di una nicchia da ulcera. Con la palpazione tale punto è dolente. La glicemia che all'inizio era di 0.65 ‰ alle ore 8, ha raggiunto il massimo dopo due ore dall'ingestione di glucosio con un valore di 1.16 ‰ ed alla quarta ora di 0.84 ‰.

CASO X. — C. V. di anni 21. È stato sempre bene fino a due anni fa, epoca in cui ha cominciato ad avvertire un forte dolore all'epigastrio a tipo urente irradiantesi all'ipocondrio destro; dolore continuativo ed intenso con qualche leggera remissione che si esacerbava dopo pochi minuti dal pasto.

Radiolog.: Stomaco normale per volume e posizione. Il margine sinistro, quasi in tutta la sua lunghezza appare frastagliato. Il bulbo duodenale appare regolare per forma e mostra la presenza di una nicchia che permette anche dopo lo svuotamento completo del bulbo.

La glicemia che all'inizio era di 0.77 ‰ alle ore 8, ha raggiunto il massimo dopo 1 ora dal carico di glucosio ed è scesa alla quarta ora fino a 0.92 ‰ mantenendosi ancora più elevata del valore iniziale.

Caratteristica delle curve da carico di glucosio negli ulcerosi duodenali.

I valori della glicemia a digiuno negli ulcerosi duodenali hanno oscillato tra 0,96 e 0,65 per mille ed in sostanza tra cifre inferiori alla norma.

Per quanto si riferisce poi al comportamento della curva glicemica da carico negli ulcerosi duodenali è da notare:

a) l'incremento massimo lo si è ottenuto entro la prima ora (70 %); nel 10 % entro la seconda ora, e nel 20 % nella prima mezz'ora;

b) l'incremento è stato modico e come valore medio del 49%;

c) la discesa dei valori di partenza è stata lenta talchè entro la terza ora i valori della curva glicemica erano ancora superiori per cifre oscillanti tra il 2% e il 19% ai valori iniziali;

d) nel 70 % dei casi entro la quarta ora, i valori erano ancora alti tra il 4 % ed il 29 % rispetto ai valori iniziali e solo nel 30 % si ebbero valori inferiori e tale decremento fu sempre esiguo oscillando tra il 3% ed il 4%.

In conclusione, pertanto, la curva glicemica da carico di glucosio negli ulcerosi duodenali ha mostrato lenta ascesa, scarso incremento, protrazione dello stato di iperglicemia da carico, lenta discesa, caratteri questi che li fanno differire notevolmente dalla curva glicemica da carico in individui normali.

Dalle mie ricerche quindi, risulterebbe non tanto che gli ulcerosi duodenali siano degli ipoglicemici quanto una curva glicemica da carico abbastanza dissimile dalla norma.

CONCLUSIONI.

L'Autore si è occupato del comportamento della curva glicemica da carico su pazienti af-

fetti da ulcera duodenale studiando la glicemia a digiuno e da carico di glucosio.

I risultati depongono per una manifesta tendenza all'ipoglicemia degli ulcerosi.

L'A. considerando inoltre i fattori ipoglicemizzanti ed il loro meccanismo d'azione negli ulcerosi, e pur non arrivando sulle note dei casi osservati ad una interpretazione conclusiva, esprime l'ipotesi che i due fattori ipoglicemizzanti chiamati in causa, HCl e ormone duodenale, debbano essere più opportunamente considerati da un punto di vista unitario e legati fra loro da un meccanismo d'interdipendenza, capace di influire sul ricambio idrocarbonato, sia in condizioni fisiologiche che patologiche.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato su dieci pazienti affetti da ulcera duodenale, clinicamente e radiologicamente accertati, il comportamento della curva glicemica da carico di glucosio.

L'A. ha potuto osservare come le curve da carico e per il relativo scarso incremento e per il protrarsi della curva ed infine per la lenta discesa ai valori iniziali, non siano paragonabili alle curve da carico di glucosio quali si ottengono in individui normali.

Inoltre avendo notato una certa tendenza all'ipoglicemia, l'A. considera i fattori ipoglicemizzanti ed il loro meccanismo d'azione negli ulcerosi, e pur non arrivando sulle note dei casi osservati ad una interpretazione conclusiva, esprime l'ipotesi che i due fattori ipoglicemizzanti chiamati in causa, HCl e ormone duodenale, debbano essere più opportunamente considerati da un punto di vista unitario e legati fra loro da un meccanismo d'interdipendenza, capaci di influire sul ricambio idrocarbonato sia in condizioni fisiologiche che patologiche.

BIBLIOGRAFIA.

Allodi. Minerva medica, 21, v. 2, 117 e 149, 1930.
Allodi e Griva. Minerva medica, 21, v. 2, 221, 1930.
Archi. Minerva medica, 26, v. 2, 309, 1935.
Becker e Geis. Deuts. Arch. Klin. Woch., 176, 154, 1933.
Boller e Veberrach. Klin. Woch., 12, 432, 1933.
Boattini. Minerva medica, 22, v. 2, 245, 1931.
Carusi. Il Policlinico, Sez. med., p. 477, 1929.
Id. Il Policlinico, Sez. me., p. 90, 249, 3440, 1930.
Gley e Hazard. C. R. Soc. de Biol., p. 16, 195, 1928.
Zauz e La Barre. Arch. Intern. Physiol., 1924, 23, 313.
De Barbieri. Rasseg. di clin. Ter. e Scien. app., 36, 1, 1937.
Macallum. Canadian Med. Aspe, 1, 1929, 20, 46.
Duncan e Coll. Am. J. of Med. Sc., 1935, 189, 403.
Heller. Arch. exp. Path. n. Pahrm., 1929, 145, 343.
La Barre e Lebrut. C. R. Soc. Biol., 1935, 119, 638.
Pinelli e Montevecchi. Rasseg. Clin. Ter. e Sc. Affini, 1937, fasc. V.
Barile. Rassegna Clin. Ter. e Sc. Affini, 1937, fasc. V; 1938, fasc. IV.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale del Littorio di Roma
Padiglione « G. Lancisi »

Aneurisma dell'arteria splenica: asportazione, guarigione [1].

Prof. Dott. G. Matronola, Primario Chirurgo.

Riferirò in questa mia nota un caso di aneurisma dell'arteria splenica, che ho avuto opportunità di operare e prenderò occasione da esso per esporre per sommi capi la patologia e la clinica dell'affezione in parola.

L'argomento, per quanto circoscritto ad una malattia rara e poco conosciuta, non è privo d'interesse sia dal punto di vista teorico che da quello pratico, perchè, come dimostrano interventi già praticati, esiste la possibilità di congrua ed efficace cura chirurgica di essa. Espongo prima di tutto il caso:

P. Maria Elena, di anni 26, stiratrice, da Tarquinia.

Anamnesi familiare negativa. Sembra che all'età di tre anni e mezzo abbia avuto un breve periodo (3 g.) di febbre, senza speciali disturbi e melena. In tenera età tosse convulsa.

All'età di 6 anni le venne riscontrata a Roma, da un sanitario, splenomegalia e fu posta la diagnosi di malaria, pur non avendo, a dire della paziente, i sintomi di questa malattia.

All'età di 12 anni venne ricoverata in un Reparto del nostro Policlinico perchè da qualche tempo aveva febbri a tipo intermittente, talora precedute da brivido, che non scomparivano, nonostante cure ripetute di esanofele ed euchinina. Queste febbri si ripresentarono a periodi irregolari. Venti giorni prima dell'ingresso in Ospedale aveva avuto più volte melene, talora precedute da dolori diffusi all'addome. La bambina si era indebolita e presentava ancora leggere elevazioni febbrili.

Dalla scheda del Reparto si rileva che furono riscontrati i segni di una lieve insufficienza mitralica ed una milza notevolmente ingrandita, raggiungendo il polo inf. un dito sotto l'ombelicale trasversa, il margine ant. un dito all'esterno della parasternale; essa era di consistenza aumentata.

(1) Il caso è stato brevemente comunicato al Congresso della Soc. It. di Chir. del 1938.

Il fegato debordava di circa due dita dall'arcata ed in alto raggiungeva il IV spazio sull'emiclaveare.

La R. W. risultò negativa sia nella bambina che nella madre. Nulla a carico delle urine.

Fu posta la diagnosi di probabile M. di Banti.

Dopo questo episodio è stata in apparente benessere, quantunque gradualmente il colorito della cute fosse divenuto pallido-olivastro.

Nel gennaio 1938 ha cominciato ad avvertire astenia, anoressia, malessere generale, talora cefalea, dolori vaghi all'addome. Sembra che in tale periodo la temperatura oscillasse tra i 37,5° ed i 37,8°.

Dopo circa un mese tale sintomatologia scomparve, come pure la febbre. Per quanto la paziente in quel momento si sentisse bene, fece nuovamente ricorso all'Ospedale e venne ricoverata nel Rep. medico del Littorio, diretto dal prof. Ficacci, il 12 giugno 1938.

All'e. o. si riscontrò: condizioni generali buone; stato di nutrizione e sanguificazione discreto. Sensorio integro; decubito indifferente. Colorito della cute pallido; sottocutaneo normalmente conservato. Scheletro regolare. Pupille eguali, ben reagenti alla luce ed all'accomodazione. Lingua umida e detersa. Polso ritmico, a media frequenza, ampiezza e pressione. Nulla al faringe. Sistema linfoghiandolare indenne. Apirettica.

Torace ben conformato, fremito vocale tattile trasmesso ovunque, normale; apici ad ugule altezza, di media ampiezza; basi in sede, mobili; respiro normale in tutto l'ambito.

Cuore nei limiti; primo tono alla punta accompagnato da un tenute soffio dolce.

Addome globoso, trattabile, indolente. A carico dell'ipocondrio sin. si apprezza una tumefazione dura, non dolente, che giunge fino a tre dita circa al di sotto dell'ombelicale trasversa; in essa sembra apprezzare l'incisura splenica. In alto il limite della tumefazione è all'VIII spazio intercostale.

Il fegato non sembra ingrandito.

Sistema nervoso: nulla a carico dei nervi cranici del midollo e dei nervi periferici.

Esame delle urine: Ps. 1013; Reaz. acida; Alb. ass.; Gluc. ass.; Acet. ass.; Urob. ass.; Cloruri 10 per mille; Urea 8,25 per mille; Pigm. bil. ass.; Sali bil. ass.; Sedimento: nulla di normle.

Esame del sangue: Globuli rossi 3.300.000, bianchi 3.400; Formula leucocitaria: N. 71, L. 20, M. 8, E. 1.

Cutireaz. alla tubercolina: legg. pos.

Intradermoreaz. di Casoni: neg.

Ghedini-Weimberg: neg.

R. W.: neg.

Prove emogeniche: Laccio deb. pos.; Martello: neg; Tempo di emorragia: 1,15'; Tempo di coagulazione: 6,30'.

Radiografia del torace negativa per alterazioni dell'apparato respiratorio.

Fu inviata in queste condizioni, con diagnosi generica di splenomegalia al nostro Reparto, per una eventuale splenectomia.

L'inferma fu operata da me il 20 luglio 1938.

Rachianestesia tutocainica; laparotomia transrettale sin. alta, come soglio per le splenectomie. Grossa milza, che aderisce per quasi tutta la sua faccia ant. al peritoneo parietale. Palpando presso l'ilo si apprezza una tumefazione grande quanto una mela, che rimane quasi nascosta nello spessore del peduncolo splenico. Si apre il legamento gastrocolico e attraverso ad esso si raggiunge meglio la tumefazione, che si sente animata da pulsazione espansiva. Si pensa trattarsi di un aneurisma dell'a. splenica o di uno dei suoi rami e si va allora alla ricerca del tronco principale della splenica, al di sopra del pancreas: ivi essa è tortuosa e grande quanto un grosso dito. Si isola e si passa un laccio che si stringe in modo provvisorio: allora si vede che le pulsazioni della tumefazione cessano ed essa stessa si affloscia, lasciando percepire alla pressione un senso di scricchiolìo, come di una coccia di uovo che si frantumi. Si lega in modo definitivo l'a. splenica presso la coda del pancreas. Si riprende l'isolamento della sacca aneurismatica, che in alcuni tratti riesce facile, in altri molto difficile per la

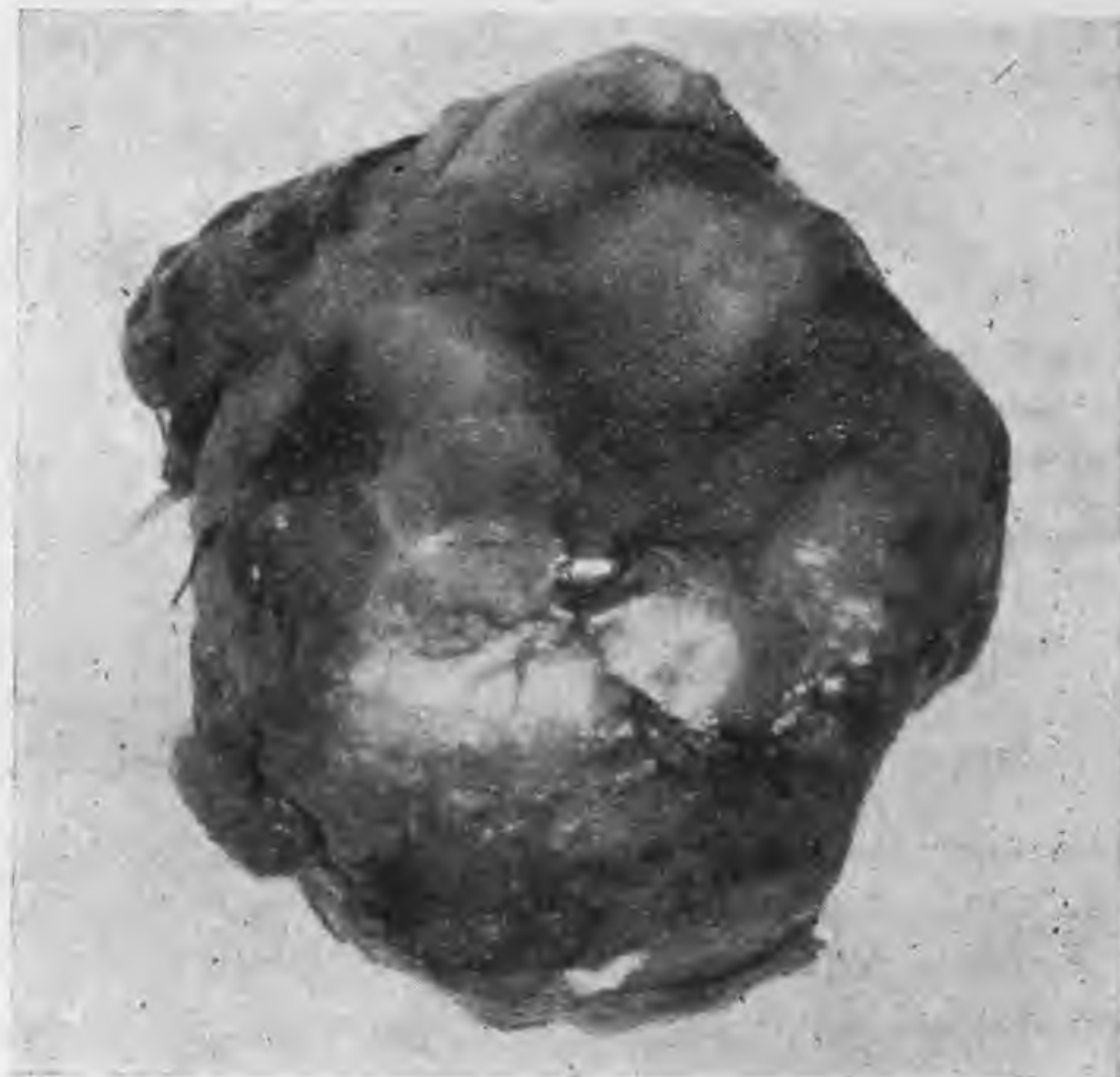



FIG. 1. — L'aneurisma, poco più piccolo del naturale, chiuso

presenza di numerose e tenaci aderenze. Verso l'alto essa fa corpo con un grosso ramo della a. splenica, che viene sezionato; si può così asportare l'aneurisma. Nell'isolamento della sacca è stato necessario legare anche qualche ramo della vena splenica, perchè aderente intimamente alla sacca stessa. Emostasi. Chiusura per prima.

Non si è creduto opportuno asportare la milza, date le estese aderenze, che avrebbero reso difficile e aggravato l'atto operativo. Dopo la legatura dell'a. splenica il volume della milza si ridusse notevolmente e diminuì la sua consistenza.

Fu esplorato anche il fegato, che si presentò di aspetto, volume e consistenza normali.

Reperto anatomico patologico — Aneurisma della grandezza e della forma di un uovo di gallina (v. fig. 1), misura cm. 7×5; circonferenza massima cm. 16. Le pareti sono sottili (circa un mm.), pergamenacee, dànno alla pressione quel senso di crepitìo già descritto all'operazione. Nel suo interno: coaguli e sangue liquido. Sono bene evidenti dall'interno (v. fig 2) gli orifici d'ingresso e di egresso del vaso arterioso dal quale l'aneurisma ha preso origine; essi hanno forma di fessura e misurano rispettivamente 8 e 6 mm.; tra di loro esiste uno sperone a schiena d'asino della

lunghezza di 10 mm. La parete interna è liscia e lucida. Qua e là nello spessore della parete si palpano delle placche calcifiche.

Esame istologico (prof. Sotti). Dal pezzo asportato furono prelevati per l'esame istologico alcuni frammenti in corrispondenza della sacca aneurismatica e del moncone residuo dell'a. splenica prima dell'ingresso nell'aneurisma, per avere dati comparativi sulla costituzione dell'arteria anche là dove non appariva affatto alterata.

I primi furono sottoposti anche a decalcificazione prima di procedere alla inclusione in paraffina ed alla colorazione delle varie sezioni.

I risultati dell'esame istologico per quanto riguarda l'aneurisma possono essere così riassunti: le alterazioni fondamentali sono rappresentate oltre che dall'ispessimento diffuso e pressochè uniforme delle pareti, dalla presenza di aree calcificate, di varia estensione e forma, specialmente a carico dell'intima. Tanto nei preparati sottoposti all'azione del decalcificante, quanto in quelli non decalcificati, si rilevano numerose spicole calcaree le quali assumono l'ematossilina con discreta intensità. Oltre che dalla colorazione sono caratterizzate dalla irregolare distribuzione, dalla facile friabilità, dalle reazioni istochimiche e dalla assenza di elementi morfologici. Anche nel tessuto sottoendoteliale, ma in minor grado, si trovano spicole e granuli di calcio, i quali non tendono ad approfondirsi e non oltrepassano la elastica interna.

Lo strato endoteliale non è più riconoscibile. Ciò probabilmente non è soltanto in dipendenza della lesione arteriosa, ma anche del trattamento usato per decalcificare i tessuti. Al di sotto delle lamelle di calce si trova un tessuto di aspetto ondulato, festonato, costituito quasi esclusivamente da fibrille collagene, dense, compatte, fra di loro contigue, con pochissimi nuclei. Tra fibra e fibra sono riconoscibili degli spazi vuoti, quasi delle lacune tutte presso a poco della identica grandezza, che appaiono con notevole evidenza con ogni probabilità anche perchè esisteva una condizione di edema.

In tutte le sezioni si ha l'impressione che le fibre muscolari sieno molto scarse. Anche il connettivo nella media non sembra in aumento.

Progredendo nell'esame istologico, nella tonaca media non si trova alcun segno di calcificazione, nè di necrosi, nè di flogosi specifica. Nei preparati col metodo di Weigert per le fibre elastiche si nota che queste sono disposte con grande irregolarità, nel senso che si rilevano numerose fibrille che s'intersecano nelle più varie direzioni e non sono disposte soltanto secondo l'asse trasversale dell'arteria. Lo strato elastico, ininterrotto nella sua continuità, non presenta speciali lesioni all'infuori della irregolare distribuzione delle fibrille già descritte. Non si notano frammentazioni in queste, nè varicosità, nè l'aspetto granulare o dissociato quale è dato di osservare quando esistono processi gravi di elastolisi in atto, ovvero in esito. L'unica modificazione strutturale dell'elemento elastico è rappresentata dal fatto che le fibre non hanno mai l'aspetto ondulato e che qualcuna si presenta un poco più ingrossata.

FIG. 2. — L'aneurisma aperto: 1-2 gli orifici d'ingresso e di egresso del vaso arterioso.

L'avventizia è notevolmente alterata: aumentata di spessore, mostra numerosi focolai disseminati di linfociti. Gli infiltrati tendono a diffondersi verso la media. Non si avverte che abbiano speciali rapporti coi vasi. Non assumono mai il tipo d'infiltrato nodulare, nè dissociante. Risultano esclusivamente di linfociti. Le plasmacellule mancano del tutto o quasi.

La lesione più importante e significativa è costituita dai vasa vasorum. Presenti in discreto numero appaiono con la maggiore evidenza, per essere dilatati e spesso con pareti fortemente sclerotiche. Nessun accenno a segni di endoarterite obliterante, nè alla comparsa d'infiltrati intorno ai vasa vasorum e neppure nelle pareti degli stessi. Le pareti dei vasa vasorum, per quanto uniformemente ispessite, non mostrano in alcun punto traccia di jalinosi. Così pure non si trovano traccie di calcificazione, nè di sclerosi dell'intima. I nuclei appariscono numerosi e dovunque ben conservati.

Nei fascetti nervosi compresi nell'avventizia non esistono particolari alterazioni.

L'esame istologico del moncone dell'arteria splenica offre reperti molto diversi da quelli della sacca aneurismatica. Le pareti non risultano ispessite, le fibre elastiche hanno decorso regolare, non esistono lesioni sclerotiche dell'intima, nè zone di calcificazione; mancano completamente i focolai infiammatori. Soltanto un reperto è comune alle pareti della sacca aneurismatica: lo scarso sviluppo delle fibre muscolari.

Decorso postoperatorio: è stato normale; nei primi giorni si sono avute elevazioni termiche, che hanno raggiunto il massimo di 38° poi gradatamente sono scomparse. La milza, che appena eseguita la legatura dell'arteria splenica si è notevolmente ridotta di volume ed è divenuta meno tesa, nei giorni successivi ha ripreso a crescere per un certo periodo, poi è andata gradatamente diminuendo. Dopo circa un mese si è visto formarsi in corrispondenza della parte alta della cicatrice laparotomica una piccola tumefazione ecchimotica, che in seguito è divenuta fluttuante ed, incisa il 15 settembre, ha dato esito ad una poltiglia fluida, intensamente ematica. All'esame microscopico si è vista costituita da un detrito amorfo, nel quale erano sparsi leucociti disfatti ed emazie scolorate e frammentate.

L'eliminazione di questa poltiglia e talora di discreti frammenti necrotici appartenenti evidentemente alla milza è continuata per circa un mese, poi la ferita si è chiusa in modo definitivo.

La milza si era ridotta, intanto, notevolmente di volume, così che quando la malata fu dimessa (31 ottobre) essa debordava appena due dita dall'arcata costale.

L'inferma aveva molto guadagnato nello stato generale: il peso corporeo passò da kg. 51,500 a kg. 57,600. Il numero delle emazie, dei globuli bianchi e la formula leucocitaria rimasero pressochè invariati.

Per poter commentare il caso esposto sarà opportuna una rapida rivista sull'argomento, che valga a meglio inquadrarlo e possa fornire una base di discussione:

Frequenza. La frequenza clinica dell'aneurisma dell'arteria splenica è molto inferiore a quella dei reperti di autopsia e questo è facilmente comprensibile, in quanto aneurismi piccoli, talora anche multipli, non sono capaci di dare segni clinici nè subiettivi, nè obiettivi.

Clinicamente l'affezione è molto rara, e poco frequente è anche come reperto autopsico rispetto agli aneurismi delle altre arterie: Näher esaminando statistiche di vari istituti anatomo-patologici avrebbe trovato su 220, 183, 93, 58 aneurismi vari, rispettivamente 4, 9, 7, 1 dell'arteria splenica.

Baumgartner e Thomas riferiscono le seguenti statistiche: Crisp (1847) in un trattato sui vasi sanguigni rinviene su 551 aneurismi raccolti nella letteratura inglese dal 1785 al 1847 solo un caso di aneurisma dell'arteria splenica.

Barlow (1898) nel descrivere un caso afferma di avere trovato notizia di 39 aneurismi delle arterie addominali, di cui 10 erano della mesenterica superiore e della splenica e 8 dell'epatica.

Garland (1921) su 400 autopsie nell'ospedale generale del Massachusset trova solo 3 casi di aneurisma della splenica e ne descrive uno.

Harnett (1922) stabilì che prima del 1906 esistevano nella letteratura solo 60 casi di aneurismi della splenica.

Baumgartner e Thomas nel loro lavoro del 1924 dicono che nella letteratura degli ultimi 50 a. hanno trovato relazione unicamente di 43 casi, dei quali ritengono sicuri soltanto 40; ciò mette in evidenza la rarità dell'affezione.

Vedremo in appresso, riferendo i casi operati, quanto sieno scarse le osservazioni cliniche.

Età e sesso. Dalla citata statistica di Baumgartner e Thomas risulterebbe che su 31 casi, dei quali è riferita l'età, e che vanno dal 2° al 60° anno di vita, 9 appartengono alla 4ª decade; 8 alla 3ª; 8 alla 5ª.

Nei riguardi del sesso si avrebbe un numero quasi uguale di maschi e di femmine, e questo in contrasto con la proporzione di 5 maschi e 1 femmina degli altri aneurismi.

Etiologia. Rimane quanto mai oscura, dato anche il numero limitato dei casi osservati e ancor più di quelli studiati completamente.

L'incompletezza è dovuta al fatto che i casi clinici si sono presentati spesso in condizioni tragiche e hanno richiesto interventi d'urgenza, che non hanno permesso un'indagine accurata.

Se dovessimo riportare l'aneurisma della splenica a quelle stesse cause che determinano l'aneurisma delle altre arterie non c'è dubbio che dovremmo porre in primo piano la sifilide e l'arteriosclerosi.

Ma veramente, nei casi osservati, compaiono con frequenza questi fattori etiologici? Dobbiamo dire di no.

La sifilide è accertata solo in un numero limitato di malati, per esempio in quello di Rochet e Peycelon: in quello di Bertrand e Clavel, in cui l'esame istologico accurato ha messo in evidenza una periarterite cronica sifilitica.

Nei 16 casi riferiti da Näher la lues non è mai menzionata.

Nella statistica di Baumgartner e Thomas si trova solo un caso di sifilide in gioventù; in

6 casi la R. W. era negativa e mancava la storia di sifilide.

L'arteriosclerosi rimane anch'essa come una causa del tutto eccezionale, dato che per la maggior parte si tratta di malati al di sotto dei 50 a., al di sotto, perciò, dell'età dell'arteriosclerosi.

Una certa importanza si è voluta dare ai traumi: nella statistica di Baumgartner e Thomas essi figurano per 4 volte: 3 volte traumi chiusi; una volta una ferita da pallottola.

Quale valore dobbiamo dare a questo fattore?

Nei casi riferiti si tratta sempre di un trauma unico, risalente ad un periodo più o meno lontano: da 3 mesi per la ferita a 3-12 a. per le contusioni addominali.

Non è troppo facilmente concepibile al lume delle conoscenze patologiche che un solo colpo sull'addome sia capace di determinare alterazioni tali in un punto limitato della parete arteriosa da permettere col tempo il formarsi di un aneurisma; e questo tanto più quando si pensi alla profondità dell'arteria splenica, difesa dai visceri cavi che le stanno al davanti.

Si potrebbe forse accettare questo momento etiologico ammettendo la preesistenza di un punto debole della parete della arteria, sul quale agirebbe, sfiancandola, l'improvviso aumento della pressione endoarteriosa provocata dal trauma. Oppure si potrebbe anche pensare che il trauma dislocando improvvisamente e violentemente la milza stiri l'arteria o la fletta e contunda contro la colonna vertebrale producendo una lesione parziale della parete.

Ma queste ipotesi sono puramente teoriche, mancando di una dimostrazione.

Rimane un'ultima causa, che deve essere presa in seria considerazione: l'origine embolica (Eppinger). Può un embolo settico andare a fissarsi in un punto della parete di una arteria ed ivi dare luogo ad un processo circoscritto di arterite, che altera più o meno la tunica media del vaso e crea le condizioni atte allo svilupparsi di un aneurisma.

Nella statistica di Baumgartner e Thomas gli AA. ritengono che in 5 casi, nei quali esisteva un'endocardite, la causa dell'aneurisma possa essere stata un'embolia.

Anche Mulley, nel riportare un caso in cui 10 a. prima si era avuta un'osteomielite acuta pensa che le infezioni acute possano dare luogo con una certa facilità ad aneurismi col meccanismo su detto.

Nel nostro caso non mancano ragioni per farci propendere verso una forma d'origine infiammatoria: manca la lues, sia nell'anamnesi che nelle varie reazioni sierologiche eseguite nell'inferma e nella madre, sempre negative; manca qualsiasi trauma. Al contrario l'anamnesi parla di ripetuti periodi febbrili, iniziatisi fin dalla prima infanzia, che presto, dall'età di 6 a. hanno dato luogo ad una splenomegalia tale da far porre, con tutta probabilità erroneamente, la diagnosi di malaria.

Quest'affezione febbrile mal definita e di difficile diagnosi, non potrebbe essere stata un processo infettivo che abbia determinato per via embolica una lesione dell'arteria splenica, rivelatasi presto con la splenomegalia e le melene?

Qualora si volesse accettare la diagnosi di malaria fatta da qualche sanitario bisogna anche ricordare che da taluno è stata posta la malaria tra le cause degli aneurismi.

Anatomia patologica. Gli aneurismi dell'arteria splenica si possono distinguere in veri e falsi a seconda che abbiano o meno una parete propria: molti degli aneurismi descritti, specialmente i più grandi, si devono ritenere degli aneurismi spuri, cioè degli ematomi in prossimità dell'ilo della milza.

Nel caso di Baumgartner e Thomas le sezioni delle pareti aneurismatiche mostrarono solo tessuto fibroso denso, senza alcun reperto di tessuto elastico. Parecchi altri AA. ricordano ugualmente che nei casi da loro esaminati non trovarono traccia di tessuto elastico.

Negli aneurismi veri sono state descritte calcificazioni nello strato medio (Heppner) simili a quelle che si trovano negli aneurismi dell'aorta; questo reperto si è avuto anche nel nostro caso.

Gli aneurismi veri si possono distinguere in aneurismi del tronco e aneurismi dei rami dell'arteria splenica; e questo, come vedremo, non ha solo importanza anatomica, ma anche clinica e terapeutica.

Nella statistica di Baumgartner e Thomas figurano 32 casi del tronco e 7 dei rami, un caso di aneurismi multipli di ambedue.

Secondo Goullioud, sarebbe più frequente l'aneurisma dei rami, e questo avrebbe per caratteristica la splenomegalia per compressione sui vasi del peduncolo e consecutiva congestione passiva della milza.

Tabanelli ne descrive 9 del tronco, 14 dei rami e 5 contemporaneamente del tronco e dei rami.

Gli aneurismi della splenica sono in genere

sacciformi, come il nostro, ma ne sono stati descritti anche dei cilindrici. La grandezza varia da un cece ad una testa d'adulto (vedi caso di Näher), possono essere anche multipli; i più grandi sono spuri.

Molto importante è il fatto che nel loro accrescimento questi aneurismi prendono solide ed estese aderenze agli organi vicini: pancreas, stomaco, colon, così da rendere impossibile, talora anche all'autopsia, isolarli da questi organi ed asportarli.

L'evoluzione quasi fatale di essi è la rottura, che può avvenire nello stomaco, colon, peritoneo, ecc.

Nella statistica di Bertrand e Clavel su 27 casi si ha la rottura:

13 volte nel peritoneo; 6 nello stomaco; 4 nel colon; 2 contemp. nello stomaco e colon; 1 nello stomaco e peritoneo; 1 nella vena splenica.

Nella statistica di Tabanelli sono riportati 41 casi di rottura, dei quali 14 costatati al tavolo operatorio, 28 all'autopsia; di essi la rottura è avvenuta:

19 volte nel peritoneo libero; 2 volte nella retrocavità degli epiploon; 6 volte nello stomaco; 5 volte nel colon; 2 volte in sede non precisata del tubo digerente; 2 volte nello stomaco e peritoneo; 2 volte nello stomaco e colon; 2 volte nel pancreas; 1 volta nella vena splenica.

Perciò la rottura nella cavità peritoneale è la più frequente. Essa avviene per lo più in modo progressivo: la sacca dapprima si fessura e forma un ematoma circostante, che ha tendenza ad organizzarsi, creando forti aderenze. È per questa ragione che la rottura cataclismica, improvvisa è rara.

Gli esami istologici della sacca aneurismatica sono scarsi: essi non si allontanano da quello che sono i reperti comuni degli altri aneurismi, con alterazioni specialmente delle fibre elastiche, che sono scarse, frammentate, talora scomparse. Bene spesso la parete dell'arteria ha una struttura normale fino all'inizio della sacca, poi bruscamente passa in quella dell'aneurisma.

Sintomatologia. Data la scarsezza dei casi bene studiati clinicamente non è facile stabilire una sintomatologia precisa che permetta una diagnosi di aneurisma dell'arteria splenica.

È un fatto che questi aneurismi possono passare inosservati o perchè completamente privi di sintomi o con disturbi così tenui e vaghi da dare segni di loro stessi solo al momento di una complicazione grave, come la rottura.

Se scorriamo la letteratura si vedono notati alcuni sintomi che hanno una certa costanza e possono avviare al sospetto diagnostico: sintomi subiettivi, obiettivi e radiologici.

Subiettivamente si hanno dolori il più spesso di scarsa intensità, localizzati nel quadrante superiore sinistro dell'addome, definiti come senso di strittura, di peso, come crampi, insorgenti specialmente dopo i pasti.

Altre volte gl'infermi accusano un senso di fastidio all'epigastrio o di dolenzia a tutto l'addome: nel caso di Hoegler l'infermo provava un forte dolore durante gli sforzi, come nel tossire o nel defecare.

Talora, al contrario, i dolori sono intensi, ad accessi, come nel caso di Wilard e Murard, in cui tali crisi dolorose, senza febbre, nè reazione peritoneale sono interpretate da Goullioud, che lo riferisce, come conseguenza del processo reattivo di fissazione della sacca al pancreas.

I sintomi obiettivi sono dati specialmente dalla presenza di una tumefazione situata nel quadrante superiore sin. dell'addome, globosa, dura, liscia, in corrispondenza della quale può palparsi un fremito ed ascoltarsi un soffio.

Non sempre, però, è dato rilevare una tumefazione dai caratteri su descritti: spesso l'aneurisma è situato troppo profondamente nel fianco sin. perchè si possa percepire alla palpazione.

Alla percezione tattile od ascoltatoria dell'aneurisma può aggiungersi con frequenza la costatazione di una grossa milza.

Altri sintomi che hanno notevole importanza sono: le emorragie gastriche (come nel nostro caso) o quelle coliche ripetute o ripetuti deliqui.

Le emorragie gastriche possono avere due cause: la stasi per compressione dei vasi brevi, trovati talora notevolmente dilatati alla autopsia (Baumgartner e Thomas) oppure la rottura dell'aneurisma nello stomaco.

Un sussidio diagnostico non indifferente può essere dato dall'esame radiologico, che ha già permesso in più di un caso, specialmente in questi ultimi tempi, l'esatta diagnosi.

Hoegler nel 1920 ha pubblicato un caso che molto si giovò per la diagnosi di questo esame: in una donna si palpava una tumefazione pulsante, situata nella parte sinistra dell'epigastrio; radiologicamente si vide un'ombra ovale di 3 × 0,5 cm., a sinistra della colonna vertebrale, all'altezza della terza vertebra lom-

bare. Al di sopra della tumefazione palpata e vista si udiva un forte rumore sistolico, che si udiva anche due dita trasverse sotto l'ombelico e verso sinistra fin nel fianco, mentre non si trasmetteva a d.

Fu fatta diagnosi di aneurisma dell'arteria splenica e l'autopsia dimostrò che essa era giusta.

Lindboe nel 1933 esaminando una donna di 53 a. trovò all'esame radiologico, all'altezza delle XII dorsale, dietro allo stomaco, un'ombra densa, tondeggiante, con una zona calcificata a forma di C. L'urografia mostrò che l'ombra era situata in corrispondenza della metà superiore del rene. Fu fatta diagnosi di aneurisma calcificato, probabilmente dell'arteria splenica. La diagnosi fu confermata all'intervento: operata di splenectomia con asportazione dell'arteria splenica e dell'aneurisma l'inferma guarì.

Più notevole è una pubblicazione di Säfwenberg, nella quale tratta specificamente l'argomento e riporta due casi da lui radiologicamente diagnosticati: si tratta di due piccoli aneurismi, che non davano nessun segno clinico, presentatisi in persone anziane, con notevole arteriosclerosi, quindi molto probabilmente di origine arteriosclerotica anch'essi. La milza in ambedue i casi era piccola e questo, pensa l'A., forse perchè, essendo piccoli, gli aneurismi non davano compressione sulla vena splenica.

In tutti e due l'esame radiologico ha dato lo stesso quadro, che per l'A. è abbastanza caratteristico, perchè simile a quello che si ha negli aneurismi delle arterie renali o dell'arteria epatica. Si troverebbero, cioè, delle ombre anulari, tondeggianti, compatte, con tratti calcificati, situate nel quadrante superiore sin. dell'addome.

Un altro lavoro sullo stesso argomento ha pubblicato Fuchs nel 1937.

Anche nel nostro caso possiamo supporre che un accurato esame radiologico avrebbe potuto portare alla diagnosi, in quanto l'esame anatomico della sacca aneurismatica ha dimostrato la presenza di estesi tratti calcificati, che non avrebbero mancato di dare un'immagine opaca caratteristica.

La sintomatologia si fa più ricca e ben diversa in caso di rottura dell'aneurisma; ma di questo argomento è bene parlare più diffusamente a parte, data la sua grande importanza.

Diagnosi. Da quanto sopra esposto si vede come la diagnosi di aneurisma dell'arteria splenica sia tuttaltro che facile, anche perchè la sintomatologia è bene spesso incompleta ed il pensiero del medico non è portato ad una malattia tanto rara.

Quando la sintomatologia sia completa la diagnosi è relativamente facile e si basa su questi elementi: storia di dolori epigastrici o dei quadranti superiori dell'addome, emorragie gastrointestinali, tumefazione palpabile del quadrante sup. sin. dell'addome, tesa, dura, pulsante, sulla quale si ascolta un soffio sistolico; splenomegalia, reperto radiologico.

Ma anche con questo completo corteo sintomatologico non è possibile, ad esempio, escludere un aneurisma del tronco celiaco.

Parrebbe le cose dovessero essere più semplici quando sopravvenga la rottura dell'aneurisma; vedremo al contrario come in quei frangenti la diagnosi sia ancora più difficile.

Sintomatologia e diagnosi della rottura aneurismatica. Ci serviamo a questo scopo specialmente del lavoro di Bertrand e Clavel, che hanno trattato espressamente l'argomento.

Come abbiamo già accennato parlando dell'anatomia patologica, il fatto di crearsi aderenze attorno alla sacca aneurismatica fa sì che la rottura d'ordinario non sia improvvisa; ma proceda a tratti.

Bertrand e Clavel distinguono così due fasi: una prima in cui la rottura si manifesta con un minimo di sintomi: ematemesi, melene ripetute e disturbi vaghi mal localizzati all'epigastrio o all'ipocondrio sin., sotto forma di dolori, talora accompagnati a sintomi generali passeggeri, quali vertigini, tendenza alla sincope. Questo periodo può durare un tempo più o meno lungo e può anche mancare completamente.

La seconda fase è quella della rottura vera e propria e si manifesta il più spesso in modo improvviso con una sintomatologia varia a seconda del punto in cui avviene l'emorragia, così che si è distinto un tipo gastrico (ematemesi), un tipo colico (enterorragie), un tipo peritoneale (emoperitoneo).

La diagnosi, nonostante lo schema sintomatologico su riportato, che parrebbe definire in modo abbastanza preciso il quadro clinico è molto difficile, dato anche lo stato generale dei malati, quasi sempre molto grave, che non permette un esame particolareggiato.

Ma quello che appare anche più straordinario è che nei casi operati non si è riusciti spesso a fare la diagnosi o si è stentato a farla anche a ventre aperto. Si sono eseguite in tal modo operazioni incredibilmente errate.

Non sarà inutile riferirne alcune per dare un'idea delle difficoltà incontrate:

Smith: donna di 38 anni. Nel passato ha avuto solo qualche dispepsia; mentre passeggiava è improvvisamente colta da un violento dolore all'epigastrio, perdita della coscienza e vomito.

Obbiettivamente: schoch intenso, polso impercettibile, mucose pallide, addome contratto, dolorabilità intensa specialmente all'epigastrio e nella regione periombelicale; ottusità addominale; fiotto. All'esplorazione vaginale si sente nel Douglas una massa grande quanto un utero gravido di 6-8 settimane.

Si fa diagnosi di emorragia endoaddominale da probabile rottura di gravidanza ectopica.

Operata di laparotomia sottoombelicale si trova un cospicuo emoperitoneo, ma non la supposta gravidanza tubarica rotta.

Fatta allora una rapida esplorazione dell'addome si vede l'emorragia provenire dalla retrocavità degli epiploon, ove si trova una tumefazione cistica rotta in un punto, otturato da un coagulo sanguigno. Riuscendo impossibile il tentativo di asportare la sacca, si apre, si svuota dei coaguli e, poichè non si riproduce l'emorragia, si pensa trattarsi di una cisti emorragica del pancreas. rotta; si tampona e marsupializza: morte due ore dopo l'operazione.

L'autopsia mostrò un aneurisma della splenica aderente alla faccia anteriore del pancreas, rotto.

Rochet e Peycelon intervengono in un uomo di 30 anni entrato in ospedale per grave ematemesi insorta due giorni prima. Nessun precedente. tranne dolori epigastrici, iniziatisi nove anni prima. Obiettivamente contrattura dei due retti nella regione sopraombelicale, non punti dolorosi precisi, non tumefazioni, non tumore di milza. non ascite.

Si pensa ad un'ulcera emorragica e dopo qualche giorno, previa trasfusione, si opera: laparotomia sopraombelicale; non si trova traccia esteriore dell'ulcera supposta, ciò non pertanto si pratica un gastroenterostomia posteriore al bottone Dopo 10 giorni morte rapida in sincope.

All'autopsia: aneurisma dell'a. splenica rotto nello stomaco, con grave emorragia intragastrica.

Ancora più dimostrativo il caso di Bertrand e Clavel: un uomo di 45 a., senza antecedenti speciali, viene ricoverato con sintomi di occlusione del colon. All'esame obiettivo si palpa una grossa massa ipogastrica, che si percepisce anche all'esame rettale. Stato generale cattivo; polso 160.

Fu posta la diagnosi di torsione del sigma e operato. Praticata una laparotomia sottoombelicale fu trovato sangue libero nel peritoneo ed un grosso ematoma nel Douglas. Il sangue pareva venire dal fondo della pelvi e, dato il cattivo stato generale, non s'insistette nel ricercare la causa dell'emorragia; si tamponò fortemente il piccolo bacino.

L'infermo superò l'atto operativo e per tre giorni migliorò; il ventre però rimaneva meteorico: venne praticata una cecostomia. Il giorno successivo dolori colici e vertigini; la cecostomia dette esito a fecce miste a sangue nero. La melena proseguì per parecchi giorni e dopo alcune complicazioni settiche l'infermo si rimise. Dopo quasi due mesi fu colto improvvisamente da dolore addominale acuto, angoscia viva, abbondante ematemesi e morte in pochi minuti.

All'autopsia: aneurisma della splenica rotto nello stomaco.

Prognosi. Da quanto finora siamo venuti esponendo è chiaro come la prognosi di questa malattia debba ritenersi molto grave: abbandonata a sè stessa espone il malato alle complicazioni più serie, bene spesso mortali. L'operazione può dare risultati brillanti, come il caso di nostra osservazione; ma può ancora esporre a gravissimi interventi, senza che talora sia nemmeno possibile una cura radicale.

Quando s'intervenga per rottura dell'aneurisma la prognosi è ancora più grave, sia per lo stato generale del paziente, sia per le difficoltà di orientamento diagnostico, sia per quelle talora insuperabili dell'intervento operativo.

C'è da sperare che la migliore conoscenza della malattia ed il soccorso dell'esame radiologico rendano più possibile una giusta diagnosi ed un intervento precoce che possa guarire un maggior numero d'infermi. Questo sembra già in realtà accadere, in quanto in questi ultimi anni gl'interventi operatori sono stati più frequenti ed i risultati migliori.

Cura. Una prima norma deve essere fissata, e cioè che la cura dell'aneurisma dell'arteria splenica è essenzialmente chirurgica e deve essere precoce, prima della rottura di esso, o, meglio, prima che aderenze troppo estese ne rendano l'asportazione difficile o addirittura impossibile. Di qui la necessità di tendere con ogni sforzo ad una diagnosi precoce.

Qual'è l'operazione più indicata?

Se noi scorriamo la letteratura vediamo che i pochi interventi fin qui praticati possono essere distinti in: *inutili* perchè errati, irrazionali; *palliativi*: legatura dell'arteria splenica; *radicali*: asportazione dell'aneurisma con o senza splenectomia.

Superfluo mi trattenga sugli interventi inutili: essi sono in dipendenza di errori di diagnosi e praticati d'urgenza in individui in condizioni precarie, nei quali anche la laparotomia non ha permesso al chirurgo un orientamento diagnostico: di questi casi abbiamo riportato qualche esempio parlando della rottura degli aneurismi della splenica e credo che ciò sia sufficiente.

Gli interventi chirurgicamente efficaci sono molto scarsi di numero, anche se si voglia ammettere che qualcuno possa essermi sfuggito nella ricerca.

Colla semplice allacciatura dell'arteria sopra e sotto la sacca aneurismatica è stato curato un solo caso, che brevemente riferisco:

Marshall (1922). Uomo di 27 a., operato quattro mesi prima per ferita d'arma da fuoco

penetrante nell'addome; torna in ospedale in condizioni gravi: vomiti, tensione dolorosa all'epigastrio, polso a 112, respiro accelerato. Fu praticata una seconda laparotomia: si aprì un grosso ematoma della retrocavità e, togliendo i coaguli, si provocò un 'emorragia arteriosa importante, che costrinse ad un tamponamento serrato. L'infermo si ristabilì; all'8° giorno nuova grave emorragia; fu eseguita allora la legatura dell'arteria sopra e sotto un aneurisma della splenica, grande quanto un pisello. L'infermo guarì, residuando una fistola pancreatica. Morte dopo 3 mesi per suicidio.

Casi operati con splenectomia:

1) Winkler (1905): è il primo caso ed il primo guarito. Si trattava di una donna di 25 a., nella quale fu eseguita l'asportazione di una milza di 450 gr. con un aneurisma del tronco dell'arteria splenica.

2) Mulley (1905). Donna di 28 a. Fu asportata una milza di 600 gr. insieme con due aneurismi: uno quanto una piccola mela, uno quanto una noce. L'ammalata guarì.

3) Harnett (1922). Uomo di 35 a. Fu asportata la milza ed un aneurisma grande quanto un arancio. Il malato guarì.

4) Schroeder (1924). Donna di 32 a. Aveva splenomegalia e due aneurismi della splenica. Morte.

5) Faerhmann e Ugrümow (1925). Uomo di 50 a. Fu operato con rottura in atto: si trovò notevole emoperitoneo e si vide che il sangue sprizzava dal peduncolo della milza. Fu asportata rapidamente una milza di 4 Kgr. ed un aneurisma di 8 cm. di circonferenza. Coesisteva cirrosi atrofica iniziale del fegato. L'ammalato morì dopo 4 giorni.

6) Näher (1926). Donna di 54 a. Fu asportata una grossa milza che cingeva a guisa di casco un aneurisma spurio della splenica. L'inferma guarì e stava bene dopo 7 mesi.

7) Leger Brockman (1930). Donna di 69 a. L'aneurisma era rotto; la milza piccola. L'inferma guarì e stava bene dopo 10 mesi.

8) Gadreau, Tizier, Baumgartner, Ronneau (1930). Donna di a. 40. Fu asportata una voluminosa milza e 4 aneurismi dell'a. splenica.

9) Mallet-Guy (1932). Donna di 67 a. Aneurisma rotto nella retrocavità degli epiploon. L'aneurisma aderiva al pancreas; fu asportata la sacca, previa legatura del vaso, e la milza. Decesso due ore dopo l'intervento.

10) Naegeli (1934). Uomo di 34 a. Fu asportata con l'aneurisma una voluminosa milza.

11) Lindboe (1933). Donna di 53 a. In questa ammalata fu fatta la diagnosi esatta prima dell'operazione, a seguito del reperto radiologico, come già è stato riferito. Fu asportata la milza ed un aneurisma di cm. 2,5 × 2,2. L'ammalata guarì.

12) Donati (1933). Uomo di 32 a. Fu asportata una piccola milza e legata l'arteria a monte dell'aneurisma. Guarigione.

13) Remizov (1935). Donna di 26 a. Fu asportato il sacco aneurismatico ed una grossa milza. Morte dell'inferma.

14) Rudnev (1936). Donna di 45 a. Fu asportata la milza ed un aneurisma di 5 cm. di diametro. L'inferma guarì.

Casi operati con la sola asportazione della sacca aneurismatica:

1) Davis (1925). Uomo di 67 a. Presentava un aneurisma dell'arteria splenica sviluppato nella retrocavità; fu eseguita la legatura dell'arteria a monte e a valle e l'estirpazione della sacca. L'ammalato guarì senza incidenti.

2) Gouilloud (1928). Donna di 59 a. Fu trovato un aneurisma dell'arteria splenica grande quanto un arancio, che fu isolato ed asportato, legando l'arteria al di sopra e al di sotto. Il decorso post-operatorio fu normale ed il malato è ormai guarito da 12 a.

3) Lower e Farrel (1932). Uomo di 16 a. Fu trovato un aneurisma splenico aderente al pancreas e fu asportato con un tratto della coda del pancreas. Fistola pancreatica consecutiva; guarigione.

4) Si può aggiungere il mio caso, per quanto io abbia aggiunto all'ablazione della sacca la legatura del tronco dell'arteria splenica.

In complesso, perciò i casi operati adeguatamente sono 19, con 4 morti, 3 risultati sconosciuti e 12 guariti.

Considerando particolarmente le cifre di mortalità colpisce il fatto del nessun decesso tra i 4 casi operati di sola asportazione dell'aneurisma.

La ragione dobbiamo ritrovarla nelle condizioni particolarmente favorevoli che hanno permesso un intervento così limitato, meno aggressivo e più conservativo: assenza, cioè, di aderenze troppo estese e tenaci, volume modesto dell'aneurisma e sua integrità.

Questo conferma quanto dicevamo in principio: che una diagnosi precoce è condizione essenziale che facilita il compito del chirurgo perchè permette d'intervenire prima che si crei quello stato anatomico che rende necessari interventi più gravi o solo palliativi.

Dobbiamo dire perciò che la cura ideale dell'aneurisma dell'a. splenica è, come per tutti gli altri aneurismi, l'asportazione della sola sacca.

Nel mio caso ho aggiunto la legatura dell'arteria splenica nel sito di elezione: non sa-

rebbe stata indispensabile e come misura precauzionale avrebbe potuto essere sufficiente porre su di essa solo un laccio provvisorio. Ma mi trovai di sorpresa di fronte ad un problema che non ero preparato a risolvere e mi parve buona misura di sicurezza allacciare subito il tronco dell'arteria splenica.

Del resto, essendosi dimostrata impossibile la splenectomia, è da ritenere indicata anche la legatura della splenica nel sito di elezione come mezzo di cura della splenomegalia.

Nel decorso post-operatorio si è manifestata una necrosi parziale della milza; essa non è da attribuirsi all'allacciatura del tronco; ma a quella del ramo che era sede dell'aneurisma.

È noto, difatti, che i rami dell'arteria splenica sono da considerarsi terminali e la loro legatura provoca la necrosi del territorio splenico che irrorano. L'allacciatura, invece, del tronco a monte dell'arteria gastro-epiploica sin. e dei vasi brevi non porta alla necrosi della milza perchè permette il costituirsi di un circolo collaterale.

Interessante è anche il fatto che la necrosi si è avuta nonostante la presenza di numerose aderenze perispleniche, che avrebbero potuto produrre per altra via un circolo collaterale.

Rimane, perciò, confermato quanto è già noto che l'allacciatura di uno dei rami della splenica porta a necrosi parziale della milza e possiamo aggiungere che ciò avviene anche quando esistano estese aderenze perispleniche.

Il comportamento del volume della milza di fronte all'allacciatura del tronco della splenica è stato quello in genere descritto: diminuzione immediata di volume, sul letto operatorio; aumento transitorio successivo; poi diminuzione notevole definitiva. Alla diminuzione definitiva deve aver contribuito nel nostro caso l'eliminazione di una parte del parenchima per necrosi.

Che dire degli altri interventi: della splenectomia e della semplice allacciatura a valle e a monte?

Dobbiamo dire che essi sono ottimi quando l'asportazione della sola sacca aneurismatica non sia possibile. Anzi da quanto si legge nei vari Autori potremmo affermare che riesce talora più facile e più spiccia la splenectomia nei casi di aneurisma dell'ilo della milza.

La semplice allacciatura è da riservarsi solo ai casi nei quali una cura radicale sia impossibile.

Quanto si è detto per la cura degli aneurismi non rotti è da ripetersi per quelli rotti; ma si capisce come in questi casi l'intervento sia più difficile e la mortalità più alta.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di aneurisma dell'a. splenica, operato con l'asportazione della sacca e allacciatura dell'a. splenica, guarito. Trae occasione da esso per trattare in modo riassuntivo dell'argomento.

BIBLIOGRAFIA.

Autori citati nel testo:
NÄHER. Deutsch. Zeitsch. f. Chir., 1926.
BAUMGARTNER e THOMAS. Surg. Gyn. and Obst., 1924.
TABANELLI. Arch. It. di Chir., 1938.
BERTRAND e CLAVEL. Lyon Chir., 1929.
HÖGLER. Wien. Arch. f. inn. Med., 1920.
LINDBOE. Acta Chir. Scandinava, 1933.
SÄFWEMBERG. Acta Radiologica, 1937.
FUCHS. Röntgenprax, 1937.
SCHROEDER. Arch. f. Clin. Chir., 1924.
LEGER BROCKMANN. The Brit. Jour. of Surg., 1930.
MALLET-GUY. Arch. Franco-Belg. de Chir., 1933.
RUDNEV. Sovet. Chir., 1936.
DÄVIS. The Jour. of the American med. Ass., 1925.
GOUILLOUD. Lyon Med., 1928.
WINKLER. Zentralblatt f. Chir., 1905.
MULLEY. Beitr. z. Klin. Chir., 1918.
HARNETT. Ind. Med. Gaz., 1922.
FAERMANN e UGRÜMOW. Arch. f. Klin. Chir., 1925.
GADREAU, TIXIER, BAUMGARTNER, RONNEAU. Bull. Mém. Soc. Rad. Méd. de France, 1940.
NAEGELI. Schweiz med. Wochschr., 1934.
REMIZOV. Sovet Chir., 1935.
LOWER e FARREL. Arch. of Surg., 1932.

STUDI RIASSUNTIVI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE E TERAPIA
Direttore: Prof. C. FRUGONI.

Sulla cosidetta anemia perniciosa da botriocefalo.

Dott. EZIO SILVESTRONI.

Per quanto si consideri generalmente il botriocefalo come fattore causale di una forma di anemia perniciosa « *l'anemia perniciosa da botriocefalo* », tuttavia una dimostrazione sicura di ciò non è stata ancora data. Vi sono certamente dei dati che militano in favore di un'importanza causale di questo parassita nell'insorgenza dell'anemia, ma ve ne sono anche degli altri che tendono a scuoterne seriamente il suo valore eziologico. Fra i primi, il più importante, « l'argomento formidabile » come l'ha chiamato il Ceconi, quello che parrebbe render sicura la posizione del botriocefalo nell'eziologia dell'anemia perniciosa, è il fatto che con l'espulsione del parassita s'inizia e rapidamente si afferma la guarigione (Reyher, Runeberg, Bard, Lichtheim, Askanazy, Schauman, Thompson, Ceconi). Contro tale fatto

va però ricordato che detta guarigione non è sempre tanto pronta ad iniziarsi, nè tanto rapida ad affermarsi; avviene anzi talvolta, che dopo l'eliminazione del parassita l'anemia anzichè guarire si aggravi per migliorare e guarire più tardi, oppure terminare con la morte (Lichtheim, Müller, Bard, Cramer).

Nè è vero che questi casi siano sempre i più gravi, cioè quelli in cui la terapia non dà risultati, quantunque si sappia dall'osservazione delle forme criptogenetiche che la gravità dell'anemia non è una condizione sicura di morte per i soggetti (Ceconi). Schauman inoltre ha descritto dei casi di morte per anemia perniciosa senza parassiti in soggetti che avevano avuto in precedenza un'anemia da botriocefalo guarita con l'eliminazione del platelminta.

Un altro dato in favore dell'importanza causale del botriocefalo nell'insorgenza dell'anemia è rappresentato dalla tossicità degli estratti di questo parassita. Vari Autori (Schauman e Tallqvist, Tallqvist, Seyderhelm, Ravetta) hanno infatti riprodotto sindromi anemiche in animali da esperimento mediante l'introduzione di estratti di botriocefalo.

In queste esperienze però va subito notato che le anemie ottenute furono sempre ipocromiche (cfr. Storti) presentarono lo stesso andamento delle anemie provocate da altri veleni ematici, quali la pirodina e il pirogallolo (cioè un progressivo esaurirsi dell'azione emolitica col protrarsi del trattamento, Schauman e Tallqvist) e non furono riproducibili nè in tutti gli esemplari della stessa specie nè in tutte le specie animali (i conigli per esempio si sono dimostrati più resistenti dei cani, Schauman e Tallqvist), senza poi dire che sarebbe assolutamente arbitrario voler riportare all'uomo l'azione ottenuta, sia pure con lo stesso agente patogeno negli animali, quando fra l'altro è risaputo che in questi ultimi una sindrome analoga a quella dell'anemia perniciosa dell'uomo non fu mai rinvenuta quale forma morbosa spontanea. Per queste ragioni dunque non credo si possa dare importanza neppure ai risultati ottenuti dallo Storti infestando cani con larve di botriocefalo. Più interessanti al contrario mi sembrano le esperienze che Tallqvist fece su sè stesso e Tötterman eseguì su alcuni pazienti ricoverati nella sezione medica dell'Ospedale Maria in Helsingfors. Tallqvist prese quotidianamente per 16 giorni dosi crescenti da 0,06 a 0,4 di estratti lipoidei ricavati dal botriocefalo (essi costituiscono il 10 % della sostanza secca del verme) ed ebbe diminuzione dei globuli rossi da 5.577.000 a 4.140.000 ed aumento del valore globulare da 1 ad 1,30. Cessato di prendere le sostanze lipoidi il quadro ematico ritornò, in una settimana, alle condizioni di partenza. Tötterman somministrò quotidianamente per 2-4 settimane, in dosi costanti (corrispondenti a circa metà della dose iniziale di Tallqvist) polvere di botriocefalo disseccato oppure diede estratti alcoolici: *a*) a 9 persone con anemia botriocefalica nell'anamnesi; *b*) a 3 soggetti sani; *c*) a 3 malati di anemia perniciosa criptogenetica. Delle prime 9 persone, 5 reagirono con una diminuzione dei globuli rossi fino ad 1 milione, con anisocitosi e poichilocitosi, con conservazione del tasso emoglobinico pressochè invariato e con aumento del valore globulare. Sospesa la somministrazione del preparato, in poche settimane il quadro ematico ritornò alle condizioni di partenza. Degli altri 4 pazienti, due reagirono debolmente e due non reagirono affatto. In tre casi venne somministrata per alcune settimane anche polvere di tenia. Il caso 1° che aveva fortemente reagito alla polvere di botriocefalo, reagì, benchè più debolmente, anche alla polvere di tenia. Il caso 3° che aveva reagito debolmente e il caso 7° che non aveva affatto reagito alla polvere di botriocefalo, non reagirono neppure alla polvere di tenia. Le 3 persone normali e i 3 malati di anemia perniciosa criptogenetica non reagirono ai preparati di botriocefalo, dati nelle stesse dosi. Questi ultimi tre malati però prendevano già prima e in parte continuarono a prendere anche durante le esperienze, dei preparati epatici e di stomaco nelle quantità che si erano dimostrate sufficienti a mantenere in essi un quadro ematico normale. Evidentemente a queste ultime esperienze, su anemici perniciosi, non si può dare importanza in quantochè è noto (Hoff, Tötterman) che anche le anemie da botriocefalo beneficiano, come le criptogenetiche, dalla terapia epatica e nei due casi in cui questa terapia venne transitoriamente sospesa è lecito anche pensare ad una continuità della sua azione dato che i periodi di sospensione del trattamento furono piuttosto brevi. È importante viceversa la dimostrazione che fra coloro che avevano in precedenza risposto all'infestazione botriocefalica con sindrome anemica, solo alcuni rispondessero alla somministrazione di estratti e che quelli che avevano risposto agli estratti botriocefalici rispondessero anche agli estratti di tenia. Il che infatti viene a dimostrarci come il botriocefalo da solo non sia capace di dare anemia, la quale viceversa insorge in quei casi in cui col parassita collaborano altri fattori.

Si sono viste infatti persone anziane che han-

no portato per tutta la loro vita il parassita senza mai ammalare di anemia (cfr. Tallqvist). Heller e Roux hanno constatato la presenza di numerosissimi botriocefali (78-90) in persone del tutto sane, laddove Hoff ed altri hanno visto forme di anemia in portatori di un solo parassita. Schauman e Tallqvist hanno dimostrato che non esistono differenze di tossicità fra botriocefali provenienti da persone sane e botriocefali provenienti da malati di anemia.

Fra i dati che tendono a contestare al botriocefalo un'importanza causale nell'insorgenza dell'anemia, va anzitutto ricordato che fra gli innumerevoli portatori di botriocefalo soltanto pochissimi ammalano di anemia. Secondo accurate ed estese statistiche di Autori specialmente Finlandesi si avrebbe infatti un caso di anemia perniciosa su ogni 5-10 mila portatori di botriocefalo (Ehrström). Nel Giappone poi dove l'infestazione da parte di questo parassita è frequentissima, l'anemia perniciosa al contrario è pressochè sconosciuta. Questo dato venne anzi sfruttato da Litten e Von Noorden per sostenere un'importanza del fattore climatico nell'eziologia dell'anemia da botriocefalo. È però da ricordare che nè questa ipotesi, nè le numerose altre che vennero via via formulate per spiegare il perchè solo alcuni dei portatori di botriocefalo ammalino di anemia [quali per esempio la durata del periodo d'infestazione (Askanazy), il numero dei parassiti (cfr. Hoff), la loro diversa tossicità (Schapiro), il loro vario stato di salute (Dehio, Orlowsky, Courmont e André, Bard, ecc.) ressero di fronte all'incalzar della critica.

Un altro fatto che fa egualmente sorgere dei dubbi sull'importanza eziologica del botriocefalo nell'anemia che porta il suo nome è il carattere famigliare che anche in questa forma morbosa si riscontra con non minor frequenza di quanto avvenga nell'anemia perniciosa criptogenetica (Gilbert e Weil). Schauman ha osservato 12 famiglie nelle quali si ammalarono di anemia da botriocefalo 2-3 componenti. Hoff ha trovato 17 casi di anemia famigliare su 86 casi di anemia da botriocefalo, dei quali più precisamente: un caso in cui ammalarono di anemia da botriocefalo 3 fratelli ed un altro caso in cui ammalarono il padre e due figlie. Gramer ha descritto tre casi simultanei di anemia da botriocefalo in tre sorelle. Schauman ha trovato in parenti stretti 24 casi fra anemia da botriocefalo, anemia perniciosa e sclerosi. È chiaro dunque come tutti questi fatti tendano a porre come base, nell'eziologia dell'anemia da botriocefalo, non già il parassita, ma bensì il fattore costituzionale.

Altri fatti che contestano il valore eziologico del botriocefalo nell'insorgenza dell'anemia sono, come è stato già ricordato, le ricadute dopo l'espulsione del parassita senza l'intervento di una reinfezione (Schauman) e l'inesorabile progredire della forma morbosa fino alla morte nonostante l'eliminazione del verme (Schauman e più recentemente Hoff).

Qualche Autore (Hoff) ha supposto per spiegare questo comportamento, che in tali casi si sia potuto trattare di una vera anemia perniciosa insorta su alcune persone di una popolazione infestata per più del 50 % dal botriocefalo. E ciò forse non a torto.

Da ultimo, e questo credo sia uno dei dati più trascurati pur essendo fra i non meno importanti contro la concezione di un'anemia perniciosa di origine botriocefalica, è il fatto che non tutte le anemie prodotte dal botriocefalo sono ipercromiche. Già da qualche anno (1936) Hoff ha richiamato l'attenzione su questo fatto riferendo di aver trovato su 86 casi di anemia da botriocefalo, 60 casi di anemie ipercromiche e 26 casi di anemie ipocromiche secondarie.

Lo stesso fatto io l'ho riscontrato nella letteratura ove ho trovato su 37 casi di anemia da botriocefalo (2 casi di Bard, 2 di Askanazy, 21 di Rosenqvist, 1 caso di Vallace e Grant, 1 di Russel e Haden, 1 di Lyon, 1 di Calvin, 1 di Mikulowski, 1 di Ewald, 1 di Schapiro, 1 di Babes, 1 di Varadi, 3 casi di Gramer) 26 forme ipercromiche ed 11 forme ipocromiche. Questi dati sono senza dubbio di grande interesse non per il fatto in sè che il botriocefalo dia ora una forma ed ora un'altra forma di anemia, ma perchè un tale comportamento ci fa appunto comprendere (come dice Hoff in accordo con le vecchie vedute di Schauman, di Ceconi, ecc.) che il botriocefalo nell'insorgenza dell'anemia che porta il suo nome, non rappresenta altro che un fattore esogeno capace di evidenziare (come la gravidanza, la lues, ecc.) una tendenza costituzionale della malattia e che al terreno viceversa su cui il parassita s'impianta spetta la parte più importante. Con ciò verrebbe anche spiegato sia il perchè solo alcune persone ammalino di anemia e di queste alcune di una forma ed altre di un'altra, come pure il perchè subito dopo l'espulsione del parassita o a varia distanza da questo fatto si verifichino dei peggioramenti o delle ricadute, i quali ultimi verrebbero appunto a trovare la loro ragione non già nel botriocefalo, ma in altri fattori verosimilmente ingranantisi col fattore genetico.

Certamente questa concezione anzichè portare luce sul problema eziologico quanto mai oscuro delle anemie perniciose, lo rigetta viceversa nel buio più completo. In compenso però essa offre il vantaggio di una concezione unitaria, sia pure criptogenetica, delle varie forme di anemia perniciosa, siano esse a presunta causa nota oppure a causa sconosciuta.

In favore di questa veduta parlano del resto:

1) le osservazioni di Schauman, il quale ha visto più volte in una stessa famiglia ammalare di anemia perniciosa alcuni membri per botriocefalo e qualche altro senza causa apprezzabile;

2) il fatto che l'anemia botriocefalica beneficia, senza l'espulsione del parassita, della terapia epatica o gastrica alla stessa maniera dell'anemia Biermeriana (Hoff, Tötterman);

3) la constatazione che con l'eliminazione del parassita è facile osservare il passaggio dell'anemia ipercromica in una forma di anemia ipocromica secondaria come appunto avviene non di rado nel miglioramento dell'anemia perniciosa criptogenetica durante la terapia epatica (Hoff).

A questi fatti va poi aggiunto che esiste anche una quasi completa analogia di comportamento del chimismo gastrico fra le due forme di anemia perniciosa, la botriocefalica e la criptogenetica.

Come ricorda Hoff fu Schauman che in uno dei suoi primi lavori disse che nell'anemia da botriocefalo esiste acido cloridrico libero nel 50 % dei casi: e molti ematologi non avendo esperienza su questa malattia ritennero tale dato come definitivo. Lo stesso Schauman però in lavori successivi ebbe a dichiarare che solo raramente si trova acido cloridrico libero nell'anemia da botriocefalo e pose questi rari casi in parallelo con i casi egualmente rari di presenza di acido cloridrico libero nell'anemia perniciosa.

Becker, su 17 casi di anemia da botriocefalo non potè mai dimostrare acido cloridrico libero ed Hoff su 21 casi lo trovò una sola volta dopo somministrazione di una bevanda alcoolica di prova.

Negli altri casi di anemia da botriocefalo descritti nella letteratura, l'esame del succo gastrico venne per lo più trascurato. Sui 37 casi da me raccolti solo in 5 casi venne esaminato il succo gastrico e di questi, in due casi fu trovato presenza di acido cloridrico libero, mentre negli altri tre casi l'acido cloridrico libero era assente.

Questi ultimi dati sono indubbiamente in netto contrasto con quelli di Becker e di Hoff, però va subito detto che dei due casi con acido cloridrico libero presente, uno di essi venne appunto descritto per tale ragione. D'altra parte s'ignora il comportamento del chimismo gastrico di tutti gli altri pazienti i quali potrebbero essere stati anche tutti achilici. Comunque anche facendo la media complessiva dei casi di Becker, di Hoff e degli altri 5 casi qui sopra ricordati si viene sempre a trovare che la presenza di acido cloridrico libero nell'anemia da botriocefalo non è affatto frequente (3 casi su 43). Micheli ricorda, che indagini compiute da Allodi nella sua clinica su un guppo di 21 casi tipici di anemia perniciosa (di Biermer) normalmente sensibili alla organoterapia, in 7 casi fu riscontrato nel succo gastrico (dopo colazione di Ewald) presenza di acido cloridrico libero. Altri autori riportano delle percentuali assai più basse. Naegeli per esempio dice che l'achilia nell'anemia Biermeriana manca solo nel 2 % dei casi e Levine e Ladd e Weinberg nell'1 % dei casi. Però secondo Friedenwald e Morrison l'achilia mancherebbe nel 26,4 % (?) dei casi. Indubbiamente questi dati sono troppo discordanti fra loro nè possono essere confrontati con quelli dell'anemia da botriocefalo. Tuttavia però essi ci fanno comprendere che con tutta verosimiglianza il chimismo gastrico non deve essere diverso tra le due forme di anemia criptogenetica e botriocefalica.

Infine è stato visto che tanto nell'anemia Biermeriana che in quella da botriocefalo è possibile assistere (in qualche caso) alla ricomparsa di acido cloridrico libero, nei periodi di remissione, rispettivamente dopo terapia epatica nell'anemia criptogenetica e con la guarigione mediante l'eliminazione del parassita nell'anemia botricefalica (Schauman e Becker). La ricomparsa di acido cloridrico libero in due casi di Vesa fu possibile anche senza l'eliminazione del botriocefalo e cioè (come in qualche caso di anemia Biermeriana) con la sola terapia epatica.

Concludendo io direi dunque che per quanto esista il fatto incontestabile che nella maggior parte dei casi l'anemia da botriocefalo guarisce con l'eliminazione del parassita, tuttavia la rarità con cui essa insorge (una volta su 5-10.000 portatori), il carattere famigliare che essa spesso presenta, la diversità di aspetto (ipo- od ipercromico) con cui talora si estrinseca, l'inesorabile suo progredire (in alcuni casi) fino alla morte dopo l'espulsione del parassita o il suo riapparire senza una successiva infestazione, nonchè l'analogia di comportamento con l'anemia Biermeriana di fronte ai preparati epatici e per quanto riguarda il chimismo gastrico,

tutti questi fatti dico fanno fortemente pensare che il botriocefalo non sia l'agente causale sostanziale di questa anemia, ma che viceversa esso rappresenti soltanto (come dice Hoff) un fattore coadiuvante o rivelatore di uno stato morboso già preesistente. Stando così le cose non si dovrebbe dunque più parlare di un'anemia perniciosa da botriocefalo, ma bensì di anemia iper- od ipocromica, a seconda dei casi, in portatori di botriocefalo.

RIASSUNTO.

Si ammette da molti che il botriocefalo possa determinare una forma di anemia perniciosa, il che non esatto, in quanto che l'anemia da botriocefalo scompare con l'espulsione del parassita. Ciò non toglie che possano verificarsi casi di anemia del tipo Biermer in individui infestati da tale parassita. Si deve quindi parlare, a seconda dei casi, di anemia iper- od ipocromica in portatori di botriocefalo.

BIBLIOGRAFIA.

ASKANAZY. *Ueber Bothriocephalusanämie und die prognostische Bedeutung der Megaloblasten im anämischen Blute.* Zeitschr. f. Klin. Med., *27*, 492, 1895.

BABES. *Ueber den Bothriocephalus latus und die Bothriocephalen-Anämie in Rumänien.* Virch. Arch., *141*, 204, 1895.

BARD. *L'anémie pernicieuse Botriocéphalique.* Semaine Médicale, pag. 241, 1902.

BECKER cit. da HOFF. *Ueber Bothriocephalus-Anämie.* Klin. Woch., *15*, 131, 1936.

CALVIN. *Native infestation by the broad Tapeworm, Diphyllobothrium latum.* J. Am. Med. Assoc., *78*, 84, 1922.

CECONI. *Intorno all'anemia perniciosa progressiva.* Rivista Critica di Clin. Med., 1910.

ID. *L'anemia perniciosa progressiva.* Relazione al XXI Congr. di Med. Interna, Torino, 1911.

ID. *L'anemia perniciosa progressiva.* Minerva Medica, n. 13-14, 1922.

ID. *Anemia di Addison-Biermer.* Minerva Medica, 1926.

COURMONT et ANDRÉ. *Sur un cas d'anémie pernicieuse à bothriocéphale.* J. Phys. et Path., *5*, 353, 1903.

CRAMER. *Trois cas simultanés d'anémie pernicieuse bothriocéphalique chez trois soeurs.* Bull. et Mem. Soc. Med. Hôp., pag. 1475, 1922.

DEHIO. *Ueber schwere anämische Zustände.* Petersb. Med. Woch., 1892.

EHRSTRÖM cit. da HOFF. *Ueber Bothriocephalus-Anämie.* Klin. Woch., *15*, 131, 1936.

EWALD. *Bericht über den Verlauf des am 16-X-1895 vorgestellten Falles von perniciöser Anämie. Vorstellung eines Falles von Bothriocephalus - Anämie.* Berl. Klin. Woch., pag. 218, 1896.

FRIEDENWALD e MORRISON cit. da TERZANI. *La questione delle anemie perniciose da presunta causa nota.* Giorn. Clin. Med., *19*, 1938.

HOFF. *Ueber Bothriocephalus - Anämie.* Klin. Woch., *15*, 131, 1936.

LEVINE e LADD cit. da TERZANI. *La questione delle anemie perniciose da presunta causa nota.* Giornale Clin. Med., *19*, f. 18, 1938.

LITTEN. *Klinische und mikroscopische Demonstration eines Falles von Bothriocephalus.* Berl. Klin. Woch., 1892.

LYON. *Infection by the broad Tapeworm, Diphyllobothrium latum.* J. Am. Med. Assoc., *74*, 655, 1920.

MICHELI. *Achilia gastrica e anemie.* Arch. malattie ap. dig., *3*, 528, 1934.

MIKULOWSKI. *Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse provoqué par le Bothriocéphale large.* Arch. de Méd. des Enfants, *30*, 349, 1927.

NOORDEN VON. *Klinische und mikroscopische Demonstration eines Fall von Botriocephalus latus.* Berl. Klin. Woch., 1892.

ORLOWSKY. *Zur Lehre von der progressiven perniziösen Bothriozephalusanämie und von den sogen anämischen Herzgeräuschen* - Wratsch., 1903. Rif. in Folia Haemat., pag. 27, 1904.

RAVETTA. *La botriocefalosi.* Haematologica, *18*, 69, 1937.

REYHER. *Beiträge zur Aetiologie und Heilbarkeit der perniziösen Anämie.* Deut. Arch. f. Klin. Med., *39*, 31, 1886.

ROSENQVIST. *Ueber den Eiweisstoffweschsel bei der perniciösen Anämie, mit specieller Berücksichtigung der Bothriocephalus-Anämie.* Zeit. f. Klin. Med., *49*, 193, 1903.

RUNEBERG. *Bothriocephalus latus und perniciöse Anämie.* Deut. Arch. f. Klin., Med., *41*, 304, 1887.

RUSSEL and HADEN. *The cause of Bothriocephalus Anemia (Report of a case).* Am. J. Med. Sciences, *156*, 338, 1923.

SCHAPIRO. *Heilung der Biermerschen perniziösen Anämie durch Abtreibung von Bothriocephalus latus.* Zeitschr. f. Klin. Med., *13*, 416, 1888.

SCHAUMAN. *Zur Kenntnis der sogenannt Bothriocephalus Anaemie.* Berlin Hirschwalds, 1894.

SCHAUMAN e TALLQVIST. *Ueber die blutkörperchenauflösenden Eigenschaften des breiten Bandwurms.* Deut. Med. Woch., *20*, 312, 1898.

SCHAUMAN. *Ueber Initialsymptome und Pathogenese der perniciösen Anämie.* Deutsch. med. Wschr., pag. 1228, 1912.

SEYDERHELM. *Zur Phatogenese der perniziösen Anämien.* Deut. Arch. f. Klin. Med., *126*, 95, 1918.

STORTI. *Anemia sperimentale da botriocefalo.* Haematologica, *12*, 237, 1931.

TALLQVIST. *Zur Pathogenese der perniziösen Anämie, mit besonderer Berücksichtigung der Botriozephalusanämie.* Zeitsch. f. Klin. Med., *61*, 427, 1907.

THOMPSON. *Anémie pernicieuse provoquée par le bothriocephale, avec guérison complète.* New-York Acad. of Med., 1904.

ID. *A cas of Dibothriocephalus latus infection, causing pernicious anaemia.* Med. News, *86*, 635, 1905.

TÖTTERMAN. *Ueber die Pathogenese der Wurmanämie.* Acta Med. Scandinavica, *96*, 268, 1938.

VARADI. *Contribution au probléme de la pathogénie de l'anémie pernicieuse.* Le sang, pag. 39, 1934.

WALLACE and GRANT. *Infestation by broad Tapeworn.* J. Am. Med. Ass., *78*, 1050, 1922.

WEINBERG cit. da TERZANI. *La questione delle anemie perniciose da presunta causa nota.* Giorn. Clin. Med., *19*, 1938.

SUNTI E RASSEGNE

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA.

Il significato diagnostico del riflesso patellare.

(H. COHEN. *Practitioner*, aprile 1940).

Il riflesso patellare fu utilizzato per la prima volta a scopo diagnostico nel 1875 da Erb e Westphal che indipendentemente l'uno dall'altro lo trovarono abolito nell'atassia locomotoria. Rapidamente le modificazioni del fenomeno furono riconosciute segni di prim'ordine per la diagnosi di molte malattie nervose.

Il riflesso patellare ha il suo punto di partenza nell'eccitazione delle terminazioni nervose sensitive del muscolo quadricipite provocate dalla distensione del muscolo stesso. A seguito della rapida percussione del legamento patellare si ha un allungamento del quadricipite e con esso un'eccitazione delle terminazioni sensitive, che attraversò il nervo crurale anteriore e la 3ª e 4ª radice posteriore lombare raggiungono il midollo spinale e con tutta probabilità direttamente le corrispondenti cellule delle corna anteriori, donde partono stimoli efferenti che attraverso la 3ª e 4ª radice lombare anteriore ed il nervo crurale anteriore sono trasmesse alle terminazioni nervose motorie del quadricipite, e con ciò si ha la contrazione del muscolo stesso. Contemporaneamente si ha un'eccitazione inibitoria dei muscoli antagonisti, donde il loro rilasciamento.

Questo riflesso di distensione o miotatico può essere inibito da due fattori, dall'eccitazione di nervi sensitivi dello stesso arto e dalla contrazione dei muscoli antagonisti. D'altra parte il riflesso stesso è di regola limitato al muscolo disteso, ma talvolta la distensione di un quadricipite provoca la contrazione del quadricipite dell'altro lato (riflesso di Phillipson).

In conseguenza di quanto si è detto il riflesso patellare si provoca nel miglior modo con uno stimolo che provochi un'adeguata distensione del quadricipite, e nel completo rilasciamento dei muscoli degli arti inferiori, non solo perchè il quadricipite rilasciato si distende più rapidamente ma anche perchè la contrazione dei muscoli antagonisti inibisce il riflesso.

Il riflesso si ottiene con maggiore facilità esercitando preferibilmente con un adatto martello, una percussione rapida e decisa del legamento rotuleo mentre la gamba è flessa ad angolo retto o leggermente ottuso.

Le posizioni che assicurano il massimo di rilasciamento dei muscoli antagonisti sono le seguenti: 1) Il soggetto in posizione seduta accavalla sull'altra coscia l'arto sul quale deve essere provocato il riflesso. 2) Il soggetto siede su di una sedia e poggia leggermente la pianta sul pavimento. 3) Il soggetto è seduto sull'orlo di un tavolo ed ha le gambe pendenti. 4) Il soggetto è disteso in posizione supina con le gambe leggermente flesse; l'esaminatore passa sotto le ginocchia l'avambraccio sinistro e le sostiene delicatamente. 5) Il soggetto è disteso in posizione supina con le ginocchia leggermente abdotte e flesse e talloni ravvicinati e leggermente poggiati sul letto. Le posizioni 2ª, 3ª, 4ª e 5ª consentono un migliore apprezzamento della differenza della reazione ai due lati.

Occorre tener conto che molti individui sono incapaci di rilasciare volontariamente i loro muscoli, specie se concentrano la loro attenzione sull'esame. Per ottenere la distrazione del soggetto e quindi un adeguato rilasciamento durante l'esame sono stati suggeriti molti metodi: fare agganciare le ultime quattro dita di una mano con le corrispondenti dell'altra ed invitare a tirar forte ed a guardare il soffitto (manovra di Jendrassik); invitare il soggetto a stringere fortemente il braccio dell'esaminatore (manovra di Lanfenauer), fare recitare una poesia, leggere ad alta voce, conversare.

Bisogna tener presente che il componente essenziale del riflesso patellare non è l'estensione della gamba ma la contrazione del quadricipite che può essere vista ed apprezzata con la mano anche quando non si ha nessun movimento del ginocchio.

Talvolta il riflesso può essere provocato anche percuotendo il margine superiore della rotula (riflesso soprarotuleo).

Il riflesso patellare può essere assente, indebolito, esagerato o alterato nella forma.

Tenuto conto delle condizioni necessarie per la produzione del fenomeno esso può risultare assente quando: 1) lo stimolo non è adeguatamente applicato; 2) quando l'arco riflesso è interrotto; 3) quando il quadricipite non ha forza; 4) quando c'è un rilasciamento imperfetto degli antagonisti.

Solo nell'uno per mille degli individui il riflesso può mancare per fatto congenito senza malattia.

Alcuni fattori meccanici (lacerazione del legamento della rotula, rottura del quadricipite, antiche fratture della rotula con diastasi dei frammenti) possono rendere inefficienti lo stimolo.

Le miopatie, le atrofie intrinseche, la miosite fibrosa ed ossificante possono diminuire la contrattilità del quadricipite e quindi indebolire il riflesso.

La scomparsa o l'indebolimento del riflesso può dipendere dall'interruzione più o meno completa dell'arco riflesso nelle sue varie sezioni e quindi riscontrarsi nelle malattie delle seguenti parti:

1) *Terminazioni nervose periferiche*: neuriti con lesioni prevalenti delle terminazioni motorie (neuriti saturnine e difteriche); con le-

sioni prevalenti delle terminazioni sensitive (neuriti alcooliche, da avitaminosi B_1, da arsenico, diabete, anemia perniciosa). In molte infezioni (pulmonite, ecc.) la scomparsa del riflesso patellare è il primo segno di un'alterazione tossica dei nervi periferici.

2) *Nervo crurale anteriore*: lesioni da trauma, compressione, neurofibroma, neurite crurale anteriore, come quelle provocate dai traumi ripetuti esercitati sul nervo dal ligamento di Poupart.

3) *Radici spinali*: tabe dorsale, pachimeningiti, radicoliti, tumori extramidollari.

4) *Gangli intervertebrali*: herpes zoster del 3° e 4° segmento lombare.

5) *Cellule delle corna anteriori*: poliomielite acuta e atrofia muscolare progressiva.

6) *Midollo spinale*: *a*) lesioni locali del 3° e 4° segmento lombare da traumi, mielite, degenerazione combinata subacuta, atassia di Friedreich, ematomielia, siringomielia, tumori intramidollari, trombosi delle arterie midollari, sclerosi a placche; *b*) disturbi generali che deprimono la funzione del midollo o interferiscono sulla sua conduzione (sonno, anestesia, coma, catalessia, paralisi periodica familiare, commozione spinale).

L'esagerazione del riflesso patellare ha un valore diagnostico inferiore a quello della sua scomparsa L'esagerazione si manifesta con una contrazione più rapida e più violenta di quella normale ed è provocata da uno stimolo più debole. Le forti accentuazioni sono accompagnate anche da una contrazione degli adduttori, dal riflesso soprapatellare, nonchè dal clono della rotula costituito da una serie di contrazioni del quadricipite a seguito di un improvviso e sostenuto spostamento della rotula provocato dall'esaminatore.

L'esagerazione del riflesso patellare è comunemente l'espressione di uno stato di ipersensibilità del sistema nervoso quale si riscontra nelle neurosi, nelle psicosi, negli stati di esaurimento cronici ed in alcune intossicazioni (stricnina, tossina del tetano, prodotti dell'alterato ricambio).

Ma la causa più importante dal punto di vista clinico è quella data da una lesione che interrompe la conduzione delle vie piramidali, attraverso le quali, come è noto, passano normalmente impulsi che inibiscono il tono muscolare.

Praticamente è difficile, se non impossibile, distinguere se l'esagerazione del riflesso sia di natura funzionale o organica. Solo i fatti concomitanti (presenza del segno di Babinski, scomparsa dei riflessi superficiali, come gli addominali e i cremasterici, ecc.) depongono per una lesione organica.

Ma occorre tener presente che anche in presenza di una lesione piramidale il riflesso patellare può essere normale, indebolito o assente. Ciò si verifica quando contemporaneamente esiste una lesione delle corna anteriori, in quanto agiscono allora due opposte influenze, l'una tendente ad esagerare, l'altra ad indebolire il tono dei muscoli.

Le modificazioni della forma del riflesso patellare hanno uno scarso significato clinico.

Nell'ipotonia muscolare, qualunque ne sia la causa, suole essere pendulare, ossia la gamba tende ad oscillare dopo la prima contrazione. Questo tipo di riflesso, detto anche cerebellare, si riscontra nelle lesioni acute omolaterali del cervelletto.

Nella corea si ha il così detto riflesso sostenuto: il quadricipite rimane in contrazione per un certo tempo.

Nella miotonia congenita ed in quella atrofica si ha una contrazione prolungata ed un rilasciamento lento.

Nella miastenia grave la facile stanchezza del muscolo si estrinseca con un rapido indebolimento della reazione, che però diventa normale dopo adeguato riposo. DR.

PEDIATRIA.

L'ascesso polmonare nell'infanzia.

(J. MARIE e R. BROCA. *Bull. méd.*, 24 febbraio 1940).

Da una diecina d'anni, lo studio radiologico sistematico delle pneumopatie acute nell'infanzia ha fatto « rinascere » la questione dell'ascesso polmonare in tale età. Si sono così acquisite delle nozioni importanti: la sua frequenza relativa nel poppante e nel bambino, la possibilità di riconoscerlo precocemente grazie all'indagine radiologica, la scarsezza dei segni clinici, la guarigione relativamente facile ed abituale. Questi ultimi due elementi, unitamente alla mancanza di documenti radiologici spiegano il fatto che l'ascesso polmonare nell'infanzia sia stato a lungo misconosciuto, passando sotto i nomi di congestione polmonare, pleurite incistata, polmonite cronica, ecc.

L'ASCESSO PRIMITIVO.

L'ascesso polmonare (A.P.) nell'infanzia si presenta come una malattia primitiva più spesso che non come complicazione di una suppurazione lontana o di altra affezione; non è eccezionale nel poppante. Inizio brusco, con segni polmonari (tosse e difficoltà di respiro) che attirano l'attenzione; nei ragazzi, si può avere dolore puntorio. La temperatura si eleva rapidamente, con astenia ed anoressia. Questi fenomeni si manifestano quando il bambino è in buona salute, ma relativamente raro è l'inizio quasi improvviso come per la polmonite. Ascoltazione spesso negativa o, nei primi giorni, una zona di sub-ottusità con qualche rantolo bolloso, sicchè la diagnosi si orienta verso una malattia broncopolmonare.

È l'*espettorazione* che sola rivela la natura della malattia; è generalmente precoce, verso il 2°-8° giorno. Il pus può essere espulso con

una vomica massiva durante un accesso di tosse, oppure con espulsioni frazionate di pus di odore scipito o fetido, nettamente purulento, giallo-verdastro, che diventa poi muco-purulento. Il fatto fondamentale è sempre quello dell'espettorazione in un bambino durante una pneumopatia acuta.

Ma alcuni bambini non esteriorizzano l'espettorazione ed allora si deve ricercare il pus, mediante la lavatura gastrica fatta al mattino.

Pochi, punti od incerti i segni dell'esame fisico. Il segno clinico più importante dopo l'espettorazione è la febbre, costante, ma variabile, senza che sia possibile una schematizzazione. Comunque, la curva è ben differente dalla spianata termica della polmonite; è il più spesso irregolare, con oscillazioni da 37° a 40° nella stessa giornata, oppure sui 38° per vari giorni.

L'iperleucocitosi è la regola; nel poppante, si può arrivare ad oltre 30.000 leucociti.

Importante, come si è detto, è l'*esame radiografico*, che va fatto di faccia e di profilo. All'inizio, si osserva un focolaio opaco, dai contorni male delimitati, che sembra sospeso nel parenchima polmonare; con un esame attento, si può riconoscere la presenza di piccole zone più chiare, che indicano l'inizio della fistolizzazione e dell'evacuazione.

In seguito, l'aspetto cambia, diventando a caratteri idro-aerei, con livello orizzontale, che si viene abbassando se l'ascesso si svuota bene, lasciando un piccolo orlo che scompare dopo alcune settimane. Se, invece, la sacca si svuota male, si distingue male la cavità e l'opacità rimane densa, dileguandosi poi poco a poco. Altre volte l'A.P. si presenta con l'aspetto di una cavità, senza livello liquido, in mezzo ad un'ombra sfumata.

L'evoluzione si fa generalmente verso la guarigione spontanea, che si ha in 3-8 settimane, ma che può farsi attendere anche 3 mesi se l'ascesso si svuota male. Vi possono essere ascessi multipli, che si succedono a qualche giorno d'intervallo.

La *batteriologia* dimostra che l'A.P. nel bambino è determinato il più spesso dal pneumococco, ma talora da altri germi (stafilo-, streptococco, ecc.). Evitare l'inutile e pericolosa puntura dell'ascesso, per l'identificazione del germe, che può farsi sul liquido di lavatura gastrica. Rari sono gli ascessi amebici, in cui talora la vomica è preceduta da emottisi. Più rari che nell'adulto, gli ascessi putridi, con evoluzione che si trascina a lungo e prognosi grave.

GLI ASCESSI SECONDARI.

La sintomatologia di questi non presenta nulla di particolare. Si osservano in condizioni differenti e, talora, dopo interventi sulle tonsille, per cui si raccomanda la massima attenzione alle cure preoperatorie, facendo sempre l'intervento a freddo.

Abbastanza frequente è l'A.P. dovuto ad un corpo estraneo nelle vie aeree. In seguito alla penetrazione di questo, il bambino è preso da tosse e dispnea; i sintomi si calmano, ma dopo qualche giorno i segni ricompaiono, accompagnati da forte febbre. Il corpo estraneo è identificato alla radiografia (eventuale iniezione di lipiodol); l'ablazione mediante la broncoscopia dà generalmente la guarigione.

L'A.P. secondario a settico-piemia è raro ed evidentemente di prognosi grave.

Possono aversi delle *complicazioni*: 1) meccaniche (bronchiectasie, distensione aerea progressiva, rapida della cavità, con enfisema bolloso); 2) per estensione locale (versamento pleurico, che può essere siero-fibrinoso o purulento (piopneumotorace), od estensione generale (setticemia o settico-piemia).

La *diagnosi* dell'A.P. si basa su due fatti principali: l'espettorazione purulenta e l'esame radiografico; la prima può mancare, il secondo è spesso d'interpetrazione delicata.

All'inizio, il medico riconosce che si tratta di un'affezione polmonare, ma rimane indeciso sulla natura e si accontenta per lo più di diagnosticare una congestione polmonare; l'esame radiologico è decisivo.

Nel periodo di espettorazione purulenta, la diagnosi verte sulle varie suppurazioni polmonari, fra cui: 1) certe forme di bronchiectasia ad attacchi infettivi; la radiologia dirime ogni dubbio; 2) la pleurite purulenta incistata, sia della grande cavità, sia interlobare; per quest'ultima servono bene le radiografie nelle posizioni obliqua e di profilo; nelle forme della grande cavità si ha un'immagine più espansa e di maggiori dimensioni, con zona ad attacco parietale; 3) di diagnosi difficile, che esige ripetuti esami radiologici sono le cisti congenite infettate e l'enfisema bolloso cronico suppurato. Per quanto riguarda il *trattamento*, si deve anzitutto tener presente la tendenza alla guarigione spontanea, per lo più in meno di un mese. Ci si limiterà, quindi, dapprima alla prescrizione di pozioni espettoranti, suppositori con creosoto od olio antisettico, iniezioni sottocutanee di olio canforato o di eucalipto. Evitare soprattutto l'abuso di terapie, specialmente nel poppante.

Un trattamento più energico si potrà adottare nelle forme ad espettorazione fetida ed abbondante (100-300 cmc. al giorno). Gli AA. hanno trovato vantaggio con le iniezioni endovenose di alcool, usando una soluzione glucosata isotonica di alcool al 16 %, in modo da evitare la sclerosi delle vene; se ne iniettano 2-6 cmc. nei piccoli bambini e 10-20 nei grandicelli; dapprima ogni giorno, poi ogni due giorni, in modo da arrivare a 15-20. Anche con questo metodo, la guarigione non è costante, ma comunque esso è l'unico che gli AA. ritengano utile. Molto riservati si deve essere con i metodi endoscopici.

Negli ascessi cronici, ribelli a tutte le cure — rari nei bambini — si penserà ad interventi chirurgici. *fil.*

Pediatria preventiva.

(W. C. DAVISON. *The Journ. of The Americ. Medic. Assoc.*, 2 marzo 1940).

I tre quarti del quarto di milione di bambini morti ogni anno negli Stati Uniti potrebbero non morire. Il 21 % di questi morti è dovuto a malattie curabili, mentre il 5 % dipende da condizioni che possono essere prevenute.

L'A. fa notare che molto è stato fatto nel campo della medicina preventiva negli ultimi 33 anni, tanto che la mortalità è caduta da 140 per mille nati vivi a 55. La diminuzione di mortalità è dovuta sopratutto alla diminuzione delle diarree infantili, probabilmente per il miglioramento nel rifornimento di latte e nei metodi di allattamento. È pure ridotta la mortalità per tubercolosi, per malattie dell'apparato respiratorio e per malattie infettive, ma in proporzione minore.

Il problema della pediatria preventiva si semplifica se si divide nei suoi due componenti: cure pre- e cure post-natali. La necessità di cure anteparto è dimostrata dal fatto che più di metà delle morti al disotto di un anno avvengono nel primo mese di vita. Queste cure devono farsi attraverso la cooperazione dei medici pratici, degli ostetrici, dei pediatri, degli ufficiali sanitari, delle infermiere e degli ospedali. Da questa cooperazione a Denver la mortalità è scesa da 178 a 15 ‰.

Molte madri considerano un lusso le cure antepartum e quest'opinione va largamente combattuta.

La madre deve seguire una dieta appropriata durante la gravidanza. cure particolari dovranno avere le nefritiche, le luetiche, le diabetiche, le tubercolose.

Circa la metà dei morti nel primo mese di vita si deve alla prematurità. Vengono poi, in ordine di frequenza, le lesioni da parto. Altre particolari condizioni che devono essere combattute nei neonati sono l'atelettasia, l'asfissia, la soffocazione, l'oftalmia blenorragica, l'impetigine e la sifilide.

Importante misura da adottarsi post-partum è quella della visita periodica, che deve essere fatta ogni mese pel primo semestre di vita, poi ogni due mesi nel secondo semestre, ogni quattro mesi nel II anno, e poi ogni sei mesi.

Dopo il secondo anno di età si dovrà far visitare il bambino dal dentista due volte all'anno. Dopo il 6° anno si deve sorvegliare la vista. Non bisogna nemmeno trascurare l'udito.

Utili sono i campeggi estivi.

L'alimentazione del bambino ha importanza enorme. L'allattamento materno si deve fare per i primi sei mesi.

Secondo l'A. dall'età di otto giorni fino a 3 anni si devono dare ogni giorno due a quattro cucchiaiani di olio di fegato di merluzzo e due a quattro cucchiai di sugo di pomodoro o di arancio.

Utile è l'aggiunta di acido lattico all'alimentazione.

A 3 mesi si deve fare la vaccinazione antivaiolosa al 4° mese si può cominciare la vaccinazione (che va ripetuta a intervalli) contro la tosse convulsa, a nove mesi contro la difterite e il tetano.

Se i bambini sono esposti al contagio di malattie esantematiche è bene iniettare loro siero di sangue di guariti dalla malattia.

A un anno d'età si deve fare la vaccinazione contro tifo e paratifi.

La prevenzione della febbre ondulante si fa sopra tutto colla bollitura del latte.

Questa, unita alla pulizia delle mani del bambino e di chi gli sta vicino, è utile anche alla prevenzione della dissenteria e della diarrea estiva.

Per quanto riguarda la poliomielite, nessun risultato si è avuto da pratiche vacciniche.

Particolari cure si devono anche dedicare alla prevenzione di malattie anche dell'apparato respiratorio e della tubercolosi. Non si deve trascurare l'igiene mentale del bambino, di cui fanno parte la regolarità di vita del bambino e dei genitori, il non fare eccessivamente faticare alla scuola, l'abituare il bambino alla convivenza con compagni. Non bisogna trascurare la ginnastica e la vita all'aperto. L.

I vari periodi dell'infanzia e lo sviluppo dentario.

(E. APERT. *Journal des Praticiens*, 9 dicembre 1939).

L'infanzia può dividersi in tre periodi, *piccola, media* e *grande infanzia*, i cui limiti sono segnati dalle varie fasi dello sviluppo dentario.

La *prima infanzia* è il periodo iniziale della vita extrauterina.

Nella popolazione bianca europea la prima comparsa dei denti avviene in media a sei mesi e mezzo con la fuoriuscita dei due primi incisivi, a pochi giorni di distanza l'uno dall'altro, dalla parte mediana della gengiva inferiore. Le variazioni sono molte, tuttavia è vero che i primi denti non escono prima del quinto o dopo l'ottavo mese. Il ritardo si ha di regola nei rachitici, nei cachettici e negli ipotrepsici, mentre la comparsa prematura sembra dovuta ad uno stato locale delle gengive che ne facilita le ulcerazioni. Sono registrati casi di bambini nati con denti (come il caso di Luigi XIV), ma il fatto non costituisce certo un indice di robustezza o di precocità.

Comunque, il periodo che va dalla nascita alla comparsa di primi denti rappresenta una tappa importante della prima infanzia: il bambino costituisce ancora una specie di dipendenza dall'organismo materno, non può vivere che nelle braccia della madre, non può nutrirsi che appeso al suo seno. Non è più il pa-

rassitismo interno, intra-uterino, della vita fetale, ma è ancora una vita parassitaria esterna.

Durante questo primo periodo della vita lo sviluppo organico è rapido, sopra tutto nei riguardi della vita di relazione. La mielinizzazione progressiva dei nervi motori a partire dall'estremità cefalica dell'asse bulbo-spinale comporta successivamente la coordinazione dei movimenti degli occhi (stadio dello sguardo), della proiezione della mano verso l'oggetto guardato (stadio del desiderio), della prensione dell'oggetto (stadio della presa), dell'imitazione dei diversi movimenti (stadio dell'imitazione). Con quest'ultima fase è già possibile una educazione rudimentale e si entra nel periodo seguente.

Il periodo della prima dentizione s'inizia con la comparsa dei due incisivi inferiori mediani verso 6 mesi e mezzo per i maschi; verso l'8°-10° mese compaiono i quattro incisivi superiori, prima i mediani e poi i laterali; a 12 mesi escono gli incisivi laterali inferiori; a 15-18 mesi i primi molari superiori, poi gli inferiori; a 21-24 mesi i canini; a 27-30 mesi i secondi molari. Le bambine, per ciascuna di queste eruzioni, sono in media più precoci di 2-3 mesi.

Durante questo periodo la mielinizzazione progredisce nella parte dorsale del midollo spinale e raggiunge i nervi del tronco e degli arti inferiori: il bambino diventa capace di stare seduto e poi in piedi, nella posizione verticale caratteristica della specie umana. Prima di cominciare a camminare, il che avviene a 14 mesi nei maschi e a 12 nelle femmine, il bambino si sposta stando seduto a terra aiutandosi con le mani e con i piedi o poggiandosi sulle mani e sui piedi (prelocomozione quadrupede). La stazione in piedi determina subito la formazione della sella lombare, che manca nei quadrupedi e nei quadrumani ed è appena accennata negli antropoidi.

Da questo momento il bambino ha già la sua personalità e dal suo modo di comportarsi si può arguire il suo carattere futuro e le sue tendenze. L'ambiente, l'educazione non potranno che reprimere o mascherare le tendenze nocive o antisociali ma non modificheranno mai il fondo primitivo.

Le funzioni motoria e cerebrale si manifesteranno a misura che progredisce lo sviluppo istologico dei centri nervosi. Alcuni animali possono appena nati correre e seguire la madre, come il pulcino ed il puledro, perchè il loro sistema nervoso è fin dalla nascita completamente mielinizzato. Nei cani, nei gatti, nei conigli, nei passeri la mielinizzazione è alla nascita meno avanzata che nell'uomo, e perciò i neonati devono essere allevati nel nido fino a che il completamento della mielinizzazione consentirà la locomozione propria di ciascuna specie, cammino, corsa, salto o volo.

Pertanto le madri che si sforzano a far camminare il loro bambino mettendolo in piedi facendolo avanzare sostenendolo per le braccia s'illudono e perdono tempo e fatica. Il bambino camminerà solo quando i suoi fasci piramidali saranno completamente mielinizzati.

Al principio l'andatura è vacillante, l'equilibrio instabile. Vi sono bambini temerari che vanno avanti senza preoccuparsi delle cadute, e si rialzano e ricamminano senza esitazioni, mentre altri avanzano con prudenza, hanno cura di cercare appoggi e rimangono a terra se cadono. I primi saranno temerari, gli altri prudenti e pavidi per tutta la vita.

Ben presto l'andatura diventa più sicura, il linguaggio si arricchisce, l'articolazione della parola diventa più netta e le frasi più complete e più giuste. Alla fine della prima infanzia, quando sono usciti gli ulteriori denti di latte ossia i due molari superiori in modo che il numero dei denti è di 24, il bambino ha già nettamente la sua individualità ed entra nell'infanzia media.

Se si ricapitola la crescenza dall'ovulo fecondato fino al termine della piccola infanzia, si nota che è meravigliosamente rapida all'inizio e diventa poi sempre meno accelerato.

Dopo 15 giorni dalla fecondazione l'embrione è 50 volte l'ovulo in dimensione lineare, ossia 125.000 volte in volume ed in peso. Allora, la sua densità è di poco superiore a quella dell'acqua e pesa un grammo. Da 15 giorni a 9 mesi il feto aumenta 3250 volte perchè alla nascita pesa 3250 grammi. Dopo 5 mesi questo peso si raddoppia, 6500 gr., diventa triplo dopo un anno, 10.000 gr. Alla fine della prima infanzia, verso 30 mesi, il bambino pesa 12 Kgr. ed è alto 80 cm. È un piccolo uomo, una piccola donna, che cresce continuamente ma con ritmo rallentato nella media infanzia e specie in quella grande. Quest'ultima costituisce un periodo di raccoglimento che prepara la nuova crisi di crescenza concomitante con l'inizio della pubertà.

La *media infanzia* è dal punto di vista della vita dentaria un periodo calmo: permangono i 24 denti senza cadute e senza nuove eruzioni. Intanto si ha un aumento del peso, dell'altezza, delle varie dimensioni secondo un ritmo uniforme che sulle curve della crescenza assume una linea retta moderatamente ascendente che si continua nella grande infanzia.

La vita di relazione si perfeziona, i diversi strati cellulari della corteccia encefalica e dei nuclei grigi assumono la loro struttura definitiva, la memoria registra i fatti, il bambino prende conoscenza sempre più dettagliata del mondo nel quale va a prendere oramai una vita autonoma.

La fine di questa seconda tappa è segnata dalla comparsa del primo dente definitivo, il primo grosso molare dietro gli ultimi denti di latte.

La *grande infanzia* comincia a 6 anni ed è annunziata dall'eruzione del detto grosso molare. Poco dopo, verso i 7 anni, cadono gli incisivi mediani sospinti dai sottostanti denti

definitivi. Seguono tra i 7 e gli 11 anni gli incisivi laterali, i primi premolari, i canini, i secondi premolari. Verso i 12 anni compare il secondo molare definitivo mentre si annunziano i primi sintomi della pubertà. Si ha l'ultima e definitiva metamorfosi dello sviluppo e sorge un nuovo essere.

Intanto un altro dente deve ancora fare la sua comparsa: il dente del giudizio. È il terzo grosso molare, un organo in via di atrofia nella specie umana. In effetti nei popoli primitivi (ottentotti, australiani, molti negri ed in alcuni asiatici) compare verso i 16-18 anni, mentre nelle popolazioni europee comincia a mostrare la sua punta solo verso 25-30 anni.

Riassumendo le tappe della vita infantile in rapporto allo sviluppo dentario possono così fissarsi:

Nelle femmine: 1) *piccola infanzia*: *a*) periodo sdentato dalla nascita a 6 mesi; *b*) dentizione di latte da 6 mesi a 28 mesi; 2) *media infanzia*: calma dentaria da 28 mesi a 6 anni; 3) *grande infanzia*: dentizione definitiva da 6 anni a 11 anni; 4) *adolescenza*: calma dentaria (salvo per il dente del giudizio) dagli 11 anni ai 15 anni.

Nei maschi: 1) *piccola infanzia*: *a*) periodo dalla nascita 6 mesi e 1/2; *b*) dentizione di latte da 6 mesi e 1/2 a 30 mesi; 2) *media infanzia*: calma dentaria da 30 mesi a 6 anni e 1/2; 3) *grande infanzia*: dentizione da 6 anni e 1/2 a 13 anni; 4) *adolescenza*: calma dentaria (salvo per il detto del giudizio) da 13 anni a 18 anni. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

R. SCALABRINO. *Le polmoniti del lobo medio*. In-4° di 69 pagg. con 63 figg. L. Cappelli, Bologna, 1939. L. 16.

Nel campo delle affezioni polmonari, occupa un posto abbastanza importante il capitolo della lobite media, specialmente di origine bronco-pneumonica. Affezioni a sintomatologia piuttosto scarsa, con segni generali e locali, che permettono spesso soltanto una diagnosi di orientamento, sono soltanto bene individuabili con l'esame radiografico eseguito in diverse posizioni.

Sulla base di 19 osservazioni personali (oltre che con l'esame della letteratura), l'A. fa uno studio completo (anatomia topografica, sintomatologia, radiologia) accompagnato da schemi e da radiografie dimostrative, in modo che il lettore si fa un'idea chiara della questione.

È questa, se non erro, la prima monografia italiana sulle lobiti ed, in considerazione dell'importanza dell'argomento e del modo chiaro con cui esso è svolto, è bene richiamarvi l'attenzione dello studioso. *fil.*

I. TRABAUD e I. R. TRABAUD. *La guide thérapeutique du Médicin praticien. Les infections e les intoxications endogènes ed exogènes*, Vigot. Frères. Paris, 1940, pag. 288.

Questo volume, denso di materia anche se di piccolo formato, fa parte di una serie di manuali, da servire come guida terapeutica al medico pratico, che nel complesso costituisce una succinta enciclopedia, una specie di dizionario di clinica e di terapia generale. Esso è dedicato alle infezioni e alle intossicazioni, mentre altri lo sono per lo stesso scopo ad altri vasti capitoli della medicina generale. È diviso in tre parti, che corrispondono rispettivamente alle infezioni, alle intossicazioni endogene e a quelle esogene, e in ognuna trova il suo posto un'entità morbosa ben definita, in cui un breve riassunto clinico prepara il medico alla maggiore comprensione di quanto possa essere utile per il suo trattamento curativo, inteso sotto ogni aspetto e ogni forma più moderna e più razionale, più pratica.

Ogni medico, e specialmente il giovane medico, in ogni contingenza del suo esercizio professionale può trovarvi un valido e sicuro aiuto a ricordare, ad apprendere se ignora a essere praticamente utile anche in casi non comuni, o che solo di recente sono stati messi in evidenza dalla medicina moderna.

Pensiamo che una collezione simile, scritta da medici italiani e con spirito di italianità, potrebbe essere quanto mai desiderabile, raccomandabile, utile. G. M.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Scritti in onore di RAFFAELLO SILVESTRINI. Ann. della Facoltà medico-chirurgica di Perugia, vol. XXXVII. Un vol. in-8° di 834 pagg. con figg. Soc. an. Arti grafiche, Perugia.

Per le inesorabili disposizioni sui limiti di età, il prof. R. Silvestrini ha lasciato la cattedra di Clinica medica dell'Università di Perugia. Lo studioso appassionato ed il docente efficace sono in lui congiunti con un vero spirito medico, sicchè egli è popolarissimo ed amato in tutta l'Umbria. Spontaneo ed unanime fu l'omaggio che gli venne reso in occasione della sua andata a riposo e ne vediamo un riflesso in questo ben nutrito volume a lui dedicato, in cui sono riuniti oltre 50 lavori di grande interesse e dovuti a bei nomi della scienza medica italiana.

Precedono alcune pagine di Paolo Orano in onore del Silvestrini e di Galeno Ceccarelli, Preside della Facoltà, che del Silvestrini tesse la vita operosa, di cui l'attività scientifica è dimostrata, fra l'altro, dall'elenco dei lavori, che raggiungono il numero di 138; ed altri se ne attendono ancora. *fil.*

Le corbellerie di Ellem... Un vol. in-16° di 94 pag. Editrice Minerva Medica, Milano, 1939. Prezzo L. 10.

Corbellerie, davvero?... Sì, nel titolo, ma tutt'altro nella sostanza. Il più quadrato buon senso, la più salda moralità sono alla base di questa specie di conversazioni che l'A. tiene con i suoi lettori, con un fare dinoccolato, che sembra prendere le cose alla leggera e sorridendo, ma che ti penetra nel profondo. Ed a volte, l'apparente sorriso cela una grande amarezza (si legga per esempio « Rottame di medico », cioè il medico delle mutue), e l'apparente scetticismo nasconde una fine sentimentalità, non disgiunta dallo sguardo acuto di chi sa vedere, come con dei raggi X, la nuda realtà che si nasconde spesso attraverso le frasi roboanti o le dichiarazioni altisonanti di molta gente.

Una sessantina di capitoli, talora inspirati a fatti del giorno, che si leggono avidamente e ci lasciano in uno stato d'animo, che vi fa considerare con una certa sopportazione quella specie di pugno nello stomaco, che dà a volte la realtà ed il contatto con gli altri.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 27 gennaio 1940-XVIII.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Meningioma fibroplastico di non comuni dimensioni in una bambina di 8 anni.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'A. comunica un caso di meningioma fibroplastico asportato dal lobo fronte parietale destro di una bambina di otto anni. Il peso del tumore asportato è di gr. 450. La bambina sopravvisse all'operazione e la emiplegia sinistra che la paziente presentava è in buona parte regredita, come può vedersi esaminando la malata presente.

Epifisite universale endocrina.

Prof. T. LUCHERINI e dott. GIACOBINI. — Gli AA. hanno avuto occasione di studiare in 4 componenti la stessa famiglia (2 fratelli e 2 sorelle) una sindrome di particolare importanza caratterizzata da alterazione nei processi di ossificazione encondrale, da impronte disendocrinopatiche del tipo della macrogenitosomia precoce, e del carattere familiare. Dopo ampia disamina differenziale con altre osteocondropatie della crescenza, gli AA. prospettano delle ipotesi patogenetiche, e fra queste, per seguire la legge della concezione unitaria, si soffermano sulla patogenesi preipofisaria a cui con ogni verosimiglianza è legata la sindrome descritta e forse ogni altra osteo-condropatia generalizzata.

Studio di un episodio epidemico di leptospirosi delle risaie.

Prof. B. BABUDIERI e dott. L. BIANCHI. — Gli AA. descrivono un focolaio epidemico di leptospirosi verificatisi l'estate 1938 in provincia di Pavia, nel quale furono colpite 90 persone occupate nel lavoro di trapianto e di monda del riso. Dall'acqua di una risaia e da un ratto catturato nella località, gli AA. sono riusciti ad isolare ceppi di una leptospira, che miamano tipo « Mezano », la quale si dimostra essere differente dalle altre specie di leptospire patogene per l'uomo, finora note in Europa.

Il Segretario: T. PONTANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'insufficienza coronarica nelle cardiopatie reumatiche croniche.

Gli effetti puramente meccanici ed idrodinamici delle viziature valvolari di origine reumatica sono stati in passato sopravalutati, mentre si è da qualche tempo rivolta maggiore attenzione alla sofferenza miocardica, specialmente da sofferenza coronarica, di cui la frequenza è stata variamente valutata.

Le indagini anatomo-patologiche non ci danno un'idea esatta della questione, in quanto che anzitutto non tutti i casi vengono a morte ed inoltre non sempre l'autopsia viene completata dall'esame istologico, mentre non è da trascurare il fatto dell'incerto significato da dare a lesioni minime.

Anche la ricerca puramente clinica non è sufficiente, mentre l'unico mezzo semeiotico capace di fornirci tali nozioni è l'esame elettrocardiografico. Ed a questo è appunto ricorso A. Poppi (*Cuore e circolazione*, febbraio 1940) studiando 50 casi consecutivi di cardiopatie valvolari di origine reumatica. Di essi, 17 erano in periodo di scompenso e 18 avevano dolori precordiali a carattere anginoso.

Dal lungo studio, a cui rimandiamo per i particolari, risulta che sono abbastanza frequenti alterazioni elettrocardiografiche: atipia dello spazio ST nel 58% e dell'onda T nel 40%. Trattasi, quindi, di alterazioni che vanno interpretate come segni di insufficenza coronarica (i. c.). Tali segni sono più frequenti nei casi con aritmia totale e sembrano diventare più frequenti con l'avanzare dell'età. Essi vanno in stretto accordo con la gravità del quadro clinico e si trovano con maggiore frequenza nei pazienti con manifestazioni dolorose del tipo anginoso.

Questi fatti dimostrano che, in linea generale, il sistema coronarico è realmente interessato con una certa frequenza nell'infezione reumatica. *fil.*

Rapporti fra tiroide ed apparato cardiovascolare.

A. Briganti (*Cuore e circolazione*, marzo 1940) in un ampio studio, passa in rassegna tutta la questione dei rapporti fra tiroide ed apparato cardiovascolare quale si presenta allo stato attuale delle nostre conoscenze. Molti sono i fatti che stanno ad indicare tali rapporti, quali: l'azione benefica della tiroidectomia nell'insufficienza cardiaca dei gozzuti e dei basedowiani, gli effetti dannosi sull'apparato cardio-vascolare della terapia tiroidea nei cardiopatici e, quando si eccede nelle dosi, persino nel mixedema; effetti della tiroidectomia totale nello scompenso cardiaco e nell'angina pectoris; azione dannosa delle cardiopatie e specialmente della stasi cronica sulla tiroide. Si aggiungono a questi i reperti di autopsia del cuore e vasi nella malattia di Flaiani-Basedow, il comportamento dell'apparato cardiovascolare nelle tireotossicosi sperimentali, i disturbi cardiovascolari nel mixedema, specialmente in riguardo alla terapia tiroidea.

Da queste osservazioni e da questi rilievi, ne risultano problemi interessanti, dal lato teorico e pratico, non soltanto per quanto riguarda la funzione della tiroide in rapporto all'apparato cardiovascolare, ma anche per le questioni generali della cardiologia, quali l'insufficienza di cuore, l'ipertensione permanente ed irriducibile, le coronariti, ecc., di cui la patogenesi esatta, tuttora oscura, può trovare nello studio dei rapporti fra tiroide ed apparato cardio vascolare come è stato impostato dall'A. un campo di ricerche nuovo ed inesplorato. Ad esso può portare un nuovo contributo l'esperienza che si viene facendo della tiroidectomia nello scompenso di cuore e nell'angina pectoris. *fil.*

Simpatectomia lombare per varici.

Gilorteanu, Atanasiu e Turai (*Revista de Chirurgie*, fasc. 7-8, 1939) hanno operato di simpatectomia lombare, per via extraperitoneale, con la tecnica di Leriche, un p. affetto da varici della safena destra con edema notevole dell'arto.

I risultati ottenuti sono stati brillanti per la scomparsa dell'edema e dei dolori che il p. accusava, a volte violenti, prima dell'operazione. E su questo punto gli AA. richiamano l'attenzione, in quanto l'utilità della simpatectomia si ha solo quando essa interviene nel periodo pre-varicoso, cioè quando i muscoli delle pareti venose sono ancora capaci di riacquistare il loro tono e la loro efficienza.

Numerose deduzioni di ordine scientifico oltre che pratico possono derivare dai risultati in questo caso ottenuti dagli AA., deduzioni riguardanti la fisiologia del sistema venoso e l'importanza che in essa assume il sistema nervoso vegetativo. Ne deriva quindi che nella genesi delle varici non deve valutarsi estrema l'azione neuro-umorale che fa considerare ormai questa malattia non più come dovuta ad un semplicistico gioco di fattori meccanici locali e porta quindi la sua terapia nel campo della chirurgia del sistema nervoso vegetativo.

FERRARA.

Atelettasia polmonare brutale da ernia endobronchiale di un aneurisma aortico.

Mauquin e Chiche (*Soc. franç. de cardiologie* e *Presse méd.*, 21-24 febbraio 1940) riferiscono il caso di un individuo in apparente ottima salute, in cui si è manifestata improvvi-

samente un'atelettasia polmonare sinistra. Una radiografia dimostra che l'atelettasia era quasi totale; pressione pleurica 24-46.

Si pensa che tale atelettasia sia dovuta ad occlusione bronchiale, indubbiamente neoplastica, supposizione confermata dalla broncoscopia. Si pratica imprudentemente una biopsia, che determina una emorragia mortale.

L'autopsia dimostra trattarsi di un aneurisma della faccia anteriore dell'aorta toracica, sviluppatosi in modo latente fino a che il bronco sinistro viene bloccato. Mancava qualsiasi segno aortico, clinico o radiologico. *fil.*

TECNICA MEDICA.

La determinazione del grado di saturazione dell'organismo in vitamina C.

A. Gambigliani Zoccoli e V. Lombardo (*Riforma Medica*, 1° ottobre 1938) hanno preso in esame la intradermoreazione proposta dal Rotter per svelare gli stati di ipoavitaminosi C. Tale reazione si esegue iniettando nello spessore del derma 1/100 di cc. di una soluzione N/400 di 2-6 diclorofenolo-indofenolo in modo da formare una macchiolina ben visibile del diametro di circa 2 mm. ed osservando quanto tempo occorre perchè il reattivo iniettato si scolori completamente: sarebbe proprio il tempo di decolorazione del reattivo a indicare il grado di saturazione dell'organismo in vitamina C, e precisamente un tempo di scolorazione superiore ai 10 m' indicherebbe una carenza vitaminica essendo tempi fisiologici quelli contenuti tra i 5 e i 10 m'.

Le accurate ricerche degli Autori hanno però messo in evidenza che la reazione in questione, così come è stata proposta dal Rotter, non può servire agli scopi per i quali fu indicata. Gli Autori pensano però che praticandola oltre che in condizioni basali anche dopo carico di acido ascorbico per via endovenosa possa riuscire di una certa utilità. Si ripromettono pertanto di proseguire a questo proposito le loro ricerche. F. T.

POSTA DEGLI ABBONATI

Neve carbonica. — All'abbonato 8946 (1) F.D.F. da S.C.

La neve carbonica si ottiene per la rapida decompressione di anidride carbonica, racchiusa con notevole pressione in apposite bombole fornite ad uno dei loro estremi di un rubinetto interno al quale è fissato un sacchettino di pelle.

Aperto il rubinetto la neve si raccoglie nel sacchettino in parola: mediante appositi stampini di legno, di varia foggia e dimensioni a seconda della lesione che si deve trattare, muniti di stantuffo (va da sè che la neve carbonica non si deve toccare a mani nude) si formano dei bastoncini di neve pronti per l'uso e che vengono appoggiati con una certa pressione sulla parte su cui si vuole operare.

Esistono anche speciali dispositivi per regolare la pressione che si desidera esercitare sulle lesioni da sottoporre al trattamento.

La durata dell'applicazione varia da 30 a 50 secondi.

La neve carbonica, la quale in ultima analisi agisce per le sue proprietà caustiche, trova le sue indicazioni nel lupus eritematoso, nelle verruche ed in altre non estese neoformazioni della cute. V. Montesano.

VARIA

La mortalità e le sue cause in alcune grandi città straniere.

La mortalità nelle grandi città è in relazione, fra l'altro, con la composizione per età e per sesso della popolazione, con la densità fondiaria, con la capacità e la specializzazione degli ospedali, l'affollamento delle abitazioni, le condizioni igieniche in genere, con l'esistenza o meno nel territorio del comune di ricoveri per cronici, sanatori, ecc.

L'Istituto Centrale di Statistica ha fatto uno studio sulla mortalità e le sue cause in alcune città straniere con popolazione superiore ai 500.000 abitanti (*Notiziario demograf.*, aprile 1940). Risulta che le singole cause presentano notevole diversità di distribuzione fra città e città, senza che si possa scorgere qualche regolarità.

La minima mortalità si riscontra in città olandesi, Amsterdam e Rotterdam, rispettivamente con 8,27 e 7,72 morti per 1000 abitanti; la massima si trova al Cairo (28,66) seguìta a distanza da Lisbona (18,65).

Per quanto riguarda le principali cause di morte, si rileva che la mortalità per febbre tifoidea presenta i valori più elevati al Cairo, Varsavia, Lisbona, Lodz, Budapest e Bucarest (con valori rispettivamente di 46, 12, 12, 5, 4 per 10.000 abitanti); il morbillo dà la massima mortalità al Cairo (42), Lisbona (22), Montereal (9); la scarlattina a Bucarest (14), Lisbona (7), Varsavia (5); la difterite al Cairo (16), Colonia (10) Vienna (8); l'influenza a Londra Montreal, Birmingham, Lisbona; la tubercolosi polmonare a Lisbona (325), Bucarest (175), Lodz (158), Budapest (139), Varsavia (133), Parigi (134), Praga (115). Il cancro, invece, presenta quozienti di mortalità più elevati dove sono più bassi quelli per la tubercolosi: Vienna (229), Monaco (226), Berlino (188), Lipsia (188), Londra (179), Colonia (175), Bruxelles (166).

In complesso, la massima mortalità, si ha generalmente per le malattie di cuore (con quozienti che vanno da 329 a 145) a cui segue il cancro. Le malattie, nelle quali la mortalità segna la maggiore variabilità sono quelle in rapporto con i fattori accennati in principio. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Raduno medico sindacale.

Il 2 giugno è stato tenuto a Napoli il raduno del Sindacato fascista dei medici, presieduto dal Segretario nazionale sen. prof. Raffaele Bastianelli, con la partecipazione di membri del Direttorio Nazionale, di Consiglieri Nazionali e di rappresentanti di tutti i Sindacati del Regno.

Sono intervenuti il Federale con le altre autorità. Hanno parlato i Segretari dei Sindacati provinciali di Napoli e di Teramo i quali hanno riferito rispettivamente sull'attività dei Sindacati della Campania e del Lazio e degli Abruzzi e Molise.

Indi il prof. Di Guglielmo, direttore dell'Istituto di patologia medica della R. Università di Napoli, ha tenuto una conferenza sul tema: « I danni della iperalimentazione negli adulti ». Il prof. Jacono, direttore della clinica delle malattie tropicali e subtropicali della R. Università di Napoli, ha riferito sul tema: « L'organizzazione sanitaria dell'Africa Orientale Italiana ». Infine, il sen. Bastianelli, ha riassunto i lavori del raduno impartendo le direttive per l'ulteriore attività specialmente nel campo culturale. La seduta si è aperta e chiusa col saluto al Duce ordinato dal Federale.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche:

Per disposizione del Ministero dell'interno i concorsi a posti di sanitari condotti sono prorogati al 31 agosto prossimo venturo.

Laboratori provinciali d'igiene e profilassi:

MANTOVA, per coadiutore; scad. 31 luglio, ore 18;

RIETI, per coadiutore; scad. 30 giugno, ore 12.

CONSORZI PROVINCIALI ANTITUBERCOLARI.

TRENTO, medico aiuto presso il Dispensario Prov. e 4 medici direttori di sezioni dispensariali; scad. 30 giugno, ore 12. Rivolgersi alla Segreteria, presso l'Amministraz. Provinciale.

MESSINA. *Cassa Mutua Infortuni Agricoli.* — Direttore; titoli ed eventualm. esami; rivolgersi alla sede, via S. Giuseppe 2 (palazzo della Cassa di Risparmio).

RAVENNA. *Ospedale Civile.* Dipendenza delle Istituzioni di assistenza raggruppate. — Aiuto medico; titoli ed esami; scad. 30 giu., ore 12; L. 5543 oltre indennità vitto L. 1330, partecipaz., c.-v.; età limite 35 a. al 1° aprile. Chiarimenti dalla segreteria delle Istituzioni di assistenza.

S. GIOVANNI IN PERSICETO (Bologna). *Ospedali Riuniti.* — Due assistenti med.-chir. (uno per la Divis. med. e uno per la Divis. chir.); titoli; L. 7696,85; età limite 30 a.; tassa L. 50. Chiedere chiarimenti all'Amministraz. Scad. 15 giu., ore 17.

SANT'ARCANGELO DI ROMAGNA (Forlì). *Ospedale Civile.* — Concorso posto di Primario di Chirurgia. Stip. L. 9000, indennità L. 2000 annue, oltre 10 aumenti biennali del ventesimo. Scad. 30 luglio 1940. Per informazioni rivolgersi Segreteria Ospedale.

Concorsi a premi.

Gara per apparecchio per le fotografie dello schermo

Il termine per la presentazione al Ministero dell'Interno del tipo di apparecchio per la fotografia dello schermo da parte delle Ditte partecipanti è prorogato al 31 luglio p. v.

Concorso internazionale sulla cultura giapponese

Il 1940 coincide col 26° centenario della Fondazione dell'Impero giapponese, da parte dell'imperatore Gimmu, primo di una dinastia ininterrotta. Anno memorabile nella storia del Giappone, esso simboleggia l'unità e la continuità della vita nazionale e lo sviluppo di questa, attraverso le età. In commemorazione di tale anniversario glorioso, la « Società per lo sviluppo delle relazioni culturali internazionali » del Giappone organizza un concorso per articoli sulla cultura giapponese. Gli articoli concorrenti devono essere spediti per posta, raccomandati, non oltre il 30 settembre 1940. Possono essere scritti in qualsiasi lingua; ma se non sono scritti in cinese, francese, giapponese, inglese, portoghese, spagnolo o tedesco, devono essere accompagnati dalla traduzione fedele in una di queste lingue. Per informazioni rivolgersi al Comitato del Concorso presso la Società predetta: Kokusai Bunka Sinkôkai, Meyï-seimei-kan, Marunouchi, Tokyo, Giappone.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Al concorso bandito da « Milizia Sanitaria » tra medici condotti per la migliore proposta diretta a rispondere all'invito dell'Ecc. Buffarini per collaborare in maniera pratica al potenziamento dei servizi sanitari comunali, sono stati dichiarati vincitori *ex aequo* i dottori Simeoni di Celleno e Grandori di Grotte di Castro. Dal concorso è sorta l'idea di attuare in tutti i Comuni mancanti di ospedale la « Casa della sanità rurale », attrezzata in modo da rispondere alle esigenze di una assistenza medico-chirurgica-ostetrica sia per il servizio di pronto soccorso che per ogni servizio sanitario occorrente alla popolazione.

NOTIZIE DIVERSE

Sanitari nominati di autorità ufficiali di complemento dell'Esercito.

È stato annunziato un provvedimento di legge in base al quale verranno nominati ufficiali di complemento del R. Esercito nei servizi sanitario e veterinario, senza obbligo di sostenere esasmi od esperimenti, i cittadini italiani in possesso di uno dei seguenti titoli accademici: diploma di abilitazione all'esercizio professionale di medico chirurgo, farmacista, veterinario; laurea in medicina e chirurgia, in chimica e farmacia, o laurea in chimica e diploma in farmacia conseguiti entro il 31 dicembre 1924-III, ovvero, ai sensi dell'art. 6 del R. decreto-legge 31 dicembre 1923-II n. 2909, entro il 31 dicembre 1925-IV; laurea in zoojatria conseguita entro il 31 dicembre 1924-III ovvero, ai sensi dell'art. 50 del R. decreto-legge 4 maggio 1925-III n. 876, durante l'anno accademico 1924-25.

Il provvedimento riguarda: *a*) i sottufficiali e i militari di truppa in congedo illimitato di qualsiasi arma, corpo o servizio; *b*) i sottufficiali e i militari di truppa in posizione di riforma, i riformati presso i consigli di leva, gli arruolati dichiarati limitatamente idonei i quali, rivisitati, risultino incondizionatamente ed anche limitatamente idonei al servizio militare; *c*) gli arruolati i quali non siano stati chiamati a soddisfare gli obblighi di leva perchè di statura inferiore a m. 1,54.

Ai medici, farmacisti e veterinari che si trovino nelle condizioni di cui alle precedenti lettere *a*), *b*) e *c*), e non abbiano superato il 68 anno di età, è fatto fin d'ora obbligo di denunziare — entro il 15 giugno p. v. — la loro posizione ed i titoli professionali al Comando del distretto militare nella cui giurisdizione risiedono.

Le nomine di cui trattasi avranno luogo d'autorità per coloro che non abbiano superato il 55° anno di età; in seguito a domanda a coloro che abbiano superato il 55° anno di età ma non il 68°.

Congressi e convegni.

Una circolare da Firenze a firma di Arrigo Serpieri, rettore presidente del Centro coloniale, e di Giotto Dainelli, presidente del IV Congresso di studi coloniali, informa che questo congresso si adunerà, sotto gli auspici dell'Istituto Fascista dell'Africa Italiana, a Napoli, presso la prima Mostra triennale delle terre d'oltremare — destinata a documentare le tappe della espansione coloniale italiana — e ad Asmara — dove nel 1905 si adunarono per la prima volta i pochi che allora avevano un ferrea, tenace fede nella necessità di una espansione coloniale dell'Italia. Il congresso — in cui avranno parte la medicina e l'igiene — è indetto per il mese di ottobre; le adesioni si ricevono fino al 30 giugno. L'ammontare della quota d'iscrizione è fissata per gli Enti pubblici in almeno L. 100, per gli Istituti scientifici e culturali e per i congressisti singoli in L. 50; il pagamento dà diritto agli Atti del congresso. Rivolgersi alla segreteria, via Laura 48, Firenze.

Il 5° Raduno della Società Italiana di gastroenterologia, che era stato fissato per il giorno 16 giugno a Roma nell'Aula della R. Clinica Medica, è stato rinviato ad epoca da destinarsi.

Il 5° convegno degli ematologi italiani si è tenuto a Modena. Dopo un saluto del prof. Dalla Volta, presidente del convegno, e la risposta del prof. Ferrata, presidente della Società italiana di ematologia, fatta in nome dei convenuti, il prof. Lunedei di Firenze ha svolto la relazione sul tema: Le sindromi emorragiche a cui è seguita un'ampia discussione. Sono state presentate una trentina di comunicazioni.

La Lega dei fisiologi svizzeri terrà la prossima riunione il 29 giugno, nell'Istituto fisiologico dell'Università di Friburgo.

Il congresso indetto dalla Società svizzera per la medicina interna è stato rimandato, a causa della mobilitazione generale.

In memoria di Koch.

Il 26 maggio è stato celebrato, nella Casa Langenbeck-Virchow di Berlino, il 30° anniversario della morte di Roberto Koch. Il Füher della classe medica del Reich, segretario di Stato dott. Conti, tenne un discorso introduttivo; il prof. F. K. Kleine, già presidente dell'Istituto per le malattie infettive « Roberto Koch », trattò il tema: « Il compito di Roberto Koch nella medicina tropicale »; il prof. Reiter, presidente dell'Ufficio di Sanità del Reich, tenne un discorso conclusivo. Poi un quartetto dell'Orchestra medica suonò alcuni pezzi. Infine venne portata una corona al monumento di Koch, che sorge nella piazza omonima.

Azioni giudiziarie.

Il dott. Arthur Day di Ilkestone (Inghilterra) aveva avuto relazioni intime con una giovane, che era stata sua paziente. Ne era derivata una gravidanza; egli assistè il parto ed occultò il bambino morto, che poi fu ritrovato. Il medico è stato processato sotto l'accusa d'infanticidio. Il perito dott. J. M. Webster, reputato medico legale, sostenne che il bambino era morto per asfissia, determinata da un batuffolo di ovatta spinto nelle fauci. Un altro perito, sir Bernard Spilsburg, potè dimostrare, invece, che l'asfissia era dovuta a perveità congenita del dotto di Botallo e che il batuffolo era stato immesso nella bocca dopo la morte. Così il medico è stato as-

solto dall'accusa d'infanticidio e condannato solo per occultamento di cadavere, a tre giorni di carcere, già scontato avendo egli subìto circa 4 mesi di carcere preventivo. Così il « Brit. Med. Journ. » dell'11 maggio.

Fin dal 1930 fu bandito il concorso per il posto di direttore del Reparto Maternità presso gli Ospedali Riuniti di Napoli. Tale concorso ha dato occasione a vivissima lotta fra i concorrenti prof. Raffaele Calvanico e prof. Salvatore Piccoli. Delle vicende di questa lotta si è dovuto occupare ben quattro volte il Consiglio di Stato. Dopo un ultimo annullamento dell'esito del concorso in cui era risultato vincitore il professore Calvanico, furono indette le nuove prove con una nuova Commissione. Ma il prof. Piccoli e il prof. Domenico Rossi ebbero ad insorgere contro alcuni membri della Commissione, ricusandoli per pretesa relazione di amicizia e di precostituita benevolenza verso l'altro concorrente prof. Calvanico.

Non essendo stata accolta dalla Amministrazione tale ricusazione, i due proponenti disertarono le prove dei concorsi e ricorsero ancora una volta alla V Sezione del Consiglio di Stato. Questa, con decisione ora pubblicata, ha respinto il ricorso, affermando nel merito la inesistenza di qualsiasi motivo che potesse lasciar sospettare della mancanza di serenità ed obiettività nei giudici del concorso prescelti dalla Amministrazione. Così è rimasta definitivamente confermata la nomina del prof. Calvanico al posto tanto disputato. Riportiamo questa notizia dal « Giornale d'Italia », ediz. per Napoli, 12 maggio 1940.

Notizie sanitarie di guerra.

Il D. N. D. pubblica un rapporto dal fronte in cui è detto che, in seguito alla rapida e precipitosa ritirata dei francesi, una grande parte della « Fondazione Franklin », che comprende impianti sanitari, è caduta in mano germanica. I francesi hanno abbandonato enormi ambulanze nelle quali vennero poi curati i feriti germanici. Il medico capo ha dichiarato al corrispondente dell'agenzia, che aeroplani francesi avevano tentato di bombardare le ambulanze, ma la difesa antiaerea li aveva messi in fuga. I conducenti delle autoambulanze sono dell'America, ma non parlano inglese, perchè emigrati polacchi e cechi. Nella stessa località è stata trovata anche un'ambulanza abbandonta piena di francesi. Le autorità militari hanno autorizzato i medici francesi a curare i loro compatrioti.

Notizie da Berlino recano che, durante la notte del 29 maggio, apparecchi britannici bombardarono la località di Neuss: tre bombe colpirono un ospedale, che portava chiaramente contraddistinto l'emblema della Croce Rossa, uccidendo un'infermiera e ferendone gravemente un'altra; che a Richrath una bomba ha colpito un ospedale militare.

In un discorso pronunziato il 30 maggio, alla radio, il ministro inglese dell'igiene, Malcolm MacDonald, ha detto che il Governo considera il rischio dei bombardamenti aerei così grave, da rendere necessario un piano per lo sgombero completo e immediato delle regioni costiere minacciate.

Si ha notizia che nei dipartimenti dell'Eure e dell'Oise, dove vengono raccolti i profughi della Francia orientale e nord-orientale, è scoppiato il tifo esantematico; si contano numerosi casi specialmente a Levreux, Nonancourt e Dreux. Le autorità hanno preso misure idonee a combattere la malattia.

In Inghilterra, per assicurare il servizio sanitario della popolazione civile malgrado i richiami dei medici in servizio militare, si è convenuto di poter aumentare il numero massimo di persone che possono essere assistite dai medici delle assicurazioni, come pure di limitare il servizio di sorveglianza e ispettivo. Per tutelare l'integrità della clientela dei medici richiamati, l'« Associazione Medica Britannica » ha elaborato un sistema — per altro facoltativo — secondo cui ai medici mobilitati viene ad essere garantito il mantenimento della clientela, poichè i medici non mobilitati s'impegnano a curare i clienti dei loro colleghi solo a titolo temporaneo, e si obbligano a versare, ai rappresentanti dei colleghi, metà degli onorari privati e delle rimunerazioni delle assicurazioni.

In Francia un decreto in data 24 aprile, pubblicato sul « Journal Officiel » del 2 maggio, autorizza l'impiego della saccarina nella preparazione di generi alimentari e bevande: vini spumanti, vini da liquori (salvo i vini medicati), liquori (salvo per l'esportazione), vini di mele e di pere, limonate, caffè e tè. La saccarina dovrà essere presentata al pubblico sia in soluzioni (entro flaconi contenenti 5 grammi d'edulcorato), sia in compresse (contenenti al massimo g. 0,025 di prodotto puro). Un'etichetta recante la menzione « saccarinato » sarà apposta sui recipienti che contengono i prodotti edulcorati con saccarina, fatta eccezione per il caffè e il tè venduti a dettaglio.

In Francia il « Comitato nazionale dell'infanzia » tenne le sue assisi annue a Bordeaux e Périgueux, dal 26 al 28 marzo, precipualmente allo scopo di studiare i risultati della protezione materna ed infantile nei dipartimenti che hanno accolto bambini evacuati.

Nell'Inghilterra meridionale sono state requisite molte ville private, scuole ed altri locali, per adibirli ad ospedali militari e ricoverarvi i feriti provenienti dalle armate delle Fiandre.

La sede europea della Fondazione Rockefeller si è trasferita da Parigi a La Baule.

Un po' dovunque.

Il « Foglio di Disposizioni » n. 139 del Segretario del P.N.F. prescrive un'intensa collaborazione tra Fasci femminili e O. N. Maternità e Infanzia e ne detta le norme.

Il Re Imperatore ha visitato, il 29 maggio, in forma privata, l'Istituto di Sanità pubblica; è stato ricevuto dal Direttore, prof. Domenico Marotta, che lo ha accompagnato nei vari reparti. Nel lasciare l'Istituto il Sovrano è stato fatto segno ad una calorosa manifestazione d'omaggio da parte della folla raccoltasi nelle adiacenze.

La Sovrana ha visitato in Roma l'Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori, ricevuta e accompagnata dal R. commissario dott. conte Alessandro Messea, dal direttore generale prof. sen. Raffaele Bastianelli e dall'altro personale sanitario si è intrattenuta nei vari reparti e nella Chiesa e si è molto interessata all'attività scientifica ed assistenziaria dell'Istituto.

La Principessa Maria di Piemonte ha visitato a Napoli l'Ospedale degli Incurabili, a Torino l'Ospedale Militare e l'Ospedale di San Vito.

La Principessa Maria di Piemonte ha visitato, il 29 maggio, l'Ospedale degli Incurabili di Napoli. e il 3 giugno l'Ospedale di San Vito di Torino.

Il Duce ha elargito L. 50.000 a favore dell'Ospedale di Camaiore.

L'Istituto per ricerche sulla costituzione, organizzato presso la Charité di Berlino nel 1927 dal prof. Walther Jaensch, è stato ora assunto dallo Stato come Istituto universitario e come ambulatorio per la medicina costituzionale, sotto la direzione del fondatore.

Nel Brasile il Ministero del Lavoro ha messo allo studio un progetto di legge per la creazione di un Istituto di previdenza sociale, destinato a organizzare le misure di profilassi antitubercolare nell'industria, specialmente nelle fabbriche metallurgiche, vetrarie e tessili, nelle miniere carbonifere ed aurifere, nelle case operaie e nelle case di riposo per operai.

La Fondazione Imperatore Guglielmo per ricerche scientifiche in Germania ha organizzato un Istituto di biofisica, che è sorto a Francoforte sul Meno con mezzi forniti dal Comune e dall'Università; è diretto da dott. Rajewik; ha precipuamente lo scopo di studiare le azioni biologiche dei vari raggi. Comprende 20 laboratori, uno dei quali riguarda le intossicazioni da corpi radioattivi.

La direzione degli « Annali d'Igiene » è stata assunta dal prof. Dante De Blasi, direttore dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Roma; si continuano così le tradizioni del periodico, la cui vita è stata, fin dai primordi, collegata all'Istituto predetto.

Auspichiamo le maggiori fortune alla reputata pubblicazione, affidata a così alta personalità.

Gli « Acta Radiologica » hanno dedicato il loro supplemento n. 98 alla « Clinica del Giubileo di Re Gustavo V » in Stoccolma, clinica istituita con le offerte fatte al Re per il suo Giubileo. Il fascicolo, di 80 pagine, riccamente illustrato, descrive la grandiosa istituzione.

Si è svolto un breve corso di aggiornamento sui tumori, dal 3 all'8 giugno, nell'Istituto per lo studio e la cura del cancro (Fondazione Pascale) di Napoli, a cura dei proff. Pentimalli, Verga, Tommaselli, Milone, Piccinino, Simeoni.

Ad Ancona è stato organizzato un corso di aggiornamento per medici condotti e professionisti, della durata di tre settimane. Venne inaugurato il 27 maggio.

La Croce Rossa Italiana ha aperto le iscrizioni ai corsi per infermiere. Durante il mese di giugno avrà inizio un corso speciale, con facilitazioni di ammissione. Per schiarimenti rivolgersi agli Ispettorati locali.

La Società Ginecologica tosco-umbro-emiliana si è adunata il 18 maggio, nelle Terme di S. Andrea; era in programma la discussione di 15 temi.

Il sen. C. Scotti ha lasciato erede universale del suo cospicuo patrimonio l'Ente Istituti Riuniti di Assistenza in Roma. Il testamento reca, tra l'altro, un legato di L. 400.000 a favore di un'istituenda opera antitubercolare in Lodi, città natale del defunto.

Su parere del Consiglio Sup. di Sanità, il Ministro degli Interni, pel tramite dei Prefetti, ha dato disposizioni agli Istituto antirabbici e vaccinogeni del Regno, affinchè sia unificata la cura vaccinica antirabbica, in Italia e nelle Colonie, praticandola esclusivamente col metodo originale del prof. Claudio Fermi.

A Roma presso l'Ospedale di S. Spirito è stato chiuso il Reparto di Maternità; presso l'Ospedale del Littorio, è entrato in funzione l'ambulatorio ostetrico-ginecologico.

È sorto a Madrid un Istituto di ematologia e per la trasfusione del sangue, ad iniziativa del Ministero dell'interno e della Direzione generale di Sanità; è diretto dal dott. Carlo Elosegui Sarasola. L'utilità di tale istituzione è particolarmente compresa in Spagna, ove durante la guerra civile si praticavano più di 20.000 trasfusioni di sangue fresco e conservato. Verrà ora riorganizzato, in tutta la Spagna un corpo di datori di sangue, selezionati tra i quattro gruppi.

Con decreto del capo del Governo cileno è autorizzata la fondazione di un Istituto andino di biologia, per lo studio della fisiologia normale e patologica dell'uomo in alta montagna.

In Germania si è fabbricato un mentolo artificiale, che verrà prossimamente iscritto nella Farmacopea; ha la formula $C_{10}H_{19}OH$.

In Australia esistono ora sei centri di aviazione sanitaria, a Port Heldland, Gloncurry, Brokenhill, Aelgoorlie, Wyndham e Alice Springs; il servizio s'irradia, per ciascun centro, fino alla distanza di 400 miglia (circa 700 km.); nel 1939 i medici volanti di Alice Springs totalizzarono 100 mila miglia di voli. Le chiamate sono fatte mediante telegrafi senza fili, di cui esistono numerosi impianti privati nelle località isolate dell'Australia. Le sei basi ora si sono federate nello « Australian Aerial Medical Service ».

In Romania si contano 4386 medici esercenti romeni, contro 4424 stranieri, dei quali 3147 ebrei.

Il dott. A. Szent-Giörgyi, scopritore della vitamina C (acido ascorbico), ha offerto la sua medaglia d'oro del premio Nobel, pesante più di 300 grammi, alla Finlandia, per mezzo del Consolato finnico a Budapest.

Il prof. Edward Cullinam di New York, per studiare su di sè gli effetti dell'alcool, ha finito con l'ubbriacarsi e dare spettacolo di sè in uno dei grandi empori della metropoli; dovette essere arrestato e tradotto al posto di polizia: al processo il magistrato lo ha assolto, ammonendolo di essere in avvenire più cauto nei suoi esperimenti.

GIULIANO VANGHETTI

(1861-1940)

Modesto medico rurale di Empoli cominciò a studiare nel 1896 il problema di recuperare e di utilizzare l'energia motoria dei muscoli, che venivano mozzati nelle amputazioni, per rendere attiva la protesi, che fino allora serviva solo per estetica. Ideò il modo di riunire e plasmare le estremità dei muscoli e dei tendini mozzati, onde non si atrofizzassero e tornassero a funzionare per muovere le mani artificiali. I muscoli così recuperati nelle amputazioni, vengono a costituire nuove sorgenti di forza, che l'A. chiamò *motori plastici*.

Questa teoria originalissima ed ardita ha avuto e più avrà in seguito una influenza considerevole nella evoluzione della tecnica delle amputazioni e nella costruzione delle protesi.

Vanghetti ha in tal modo aperto un periodo nuovo nella storia delle amputazioni. L'innovazione, se perfezionata e diffusa, potrà avere una importanza individuale e sociale, morale ed economica notevole, perchè tende a diminuire il danno delle mutilazioni degli arti.

Per vincere la retrazione muscolare Vanghetti usò il filo metallico infitto nelle ossa: per questi esperimenti (1899) merita di essere considerato precursore della trazione diretta sullo scheletro, oggi di pratica corrente nella cura delle fratture.

Vanghetti ha studiato per tutta la vita la *vitalizzazione delle membra artificiali*: è vissuto povero e modesto cercando solo di apportare miglioramenti, specialmente alla parte meccanica della sua teoria.

L'idea geniale Vangettiana ha incontrato notevoli difficoltà nella sua applicazione e nella sua diffusione, ma prima o poi è destinata ad imporsi con grande vantaggio dei mutilati della guerra e del lavoro.

A. Pellegrini.

Indice alfabetico per materie

C. Frugoni, Red. capo A. Pozzi, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 17 Giugno 1940 - XVIII Num. 24

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZO D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 80 —	L. 125	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 125	L. 180
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) .	L. 60 —	L. 70	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 125	L. 180
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 60 —	L. 70	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.)	L. 165	L. 220

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa*, nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
E TERAPIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretto da S. LAFRANCA.

Anemia di origine settica: sul rapporto tra anemie settiche e anemia emolitica acuta del Lederer.

Dott. G. D'ALESSANDRO, assistente.

I quadri anemici che si presentano nel corso di sepsi non hanno una fisionomia particolare. Essi costituiscono secondo Micheli « un grande gruppo di anemie di origine settica ».

Il caso clinico che riferisco nella presente nota va segnalato per l'appunto nel campo delle anemie determinate da sespsi, ma mi sembra importante porre in evidenza i rapporti che lo collegano ad una forma anemica descritta in epoca relativamente recente, l'anemia del Lederer, la quale per quanto registri ormai al suo attivo una discreta casistica, attende ancora una sistemazione definitiva.

L. G. di anni 26 da Castelvetrano. I genitori godono ottima salute: la madre ebbe quattro gravidanze tutte condotte a termine: i figli hanno tutti, ad eccezione dell'infermo, ottima salute. Non è stato possibile eseguire indagini ematologiche su di essi nè sui genitori.

Ebbe infanzia normale e non fu mai ammalato fino all'età di 18 anni, epoca in cui contrasse l'infezione malarica, la quale recidivò ripetutamente nello stesso anno. Compì regolare servizio militare. In questi ultimi anni fino a circa sei mesi fa è stato in perfetta salute, e non ha più sofferto di attacchi malarici.

Sei mesi prima dell'ingresso in clinica soffrì di un patereccio al dito medio della mano destra che richiese l'incisione. Cominciò quindi ad avvertire lieve malessere generale, stanchezza facile nell'esercizio del suo lavoro, anoressia, lieve dimagramento e modesto pallore.

Un mese prima dell'ingresso in Clinica in corrispondenza di un molare cariato si verificò la formazione di ascesso gengivale che fu inciso.

La sintomatologia già descritta subì in corrispondenza di questo avvenimento un aggravamento considerevole e nuovi fatti si determinarono. Insorse febbre, mai prima di allora consta-

tata, a carattere continuo remittente con massimi intorno a 39°, emorragie gengivali prima scarse ed intermittenti, via via però più rilevanti e continue; il pallore divenne subito, insieme con il nascere della febbre e dei fatti emorragici, intensissimo. Comparvero sudorazioni profuse. Lo stato dell'infermo peggiorò talmente che in pochi giorni le condizioni erano allarmanti. Fu deciso in conseguenza il trasporto in clinica.

E. O. — Sviluppo scheletrico regolare, pannicolo adiposo scarso, sviluppo e trofismo muscolare regolare. Pallore intenso della cute e delle mucose visibili: il pallore si fonde con una evidente colorazione subitterica della cute, che è bagnata di sudore. Sono assenti manifestazioni cutanee di carattere emorragico. Respiro frequente e piuttosto superficiale.

Polso 110 temperatura 38°. Il sensorio è libero; il paziente è ansioso e consapevole della gravità del suo stato.

Nel cavo orale: la mucosa gengivale è parzialmente coperta di sangue e alla pressione sanguina: non lesioni di tipo necrotico. L'ultimo molare inferiore di sinistra è cariato: la gengiva circostante è tumefatta ed arrossata: la spremitura fa gemere qualche goccia di pus. Gli altri denti sono sani. Il retrobocca è sano, le tonsille non presentano alterazioni. Nulla di notevole a carico dell'apparato respiratorio.

Apparato circolatorio: sede dell'impulso al 5° spazio intercostale 2 cm. all'interno dell'emiclaveare; aia cardiaca nei limiti. 1° tono parafonico sul focolaio di ascoltazione della mitrale ed accompagnato da rumore di soffio dolce, poco intenso e non propagantesi. Sul focolaio della polmonare rumore di soffio sistolico con caratteri analoghi. Rumori anemici ai vasi venosi del collo. Polso radiale 110, ritmico, eguale, ipoteso, piuttosto piccolo.

Addome: fegato nei limiti, la milza sporge di un dito dall'arco costale: la consistenza è di poco aumentata: il limite superiore di ottusità raggiunge il 7° spazio intercostale sull'ascellare media. Nulla da segnalare a carico degli altri organi ed apparati.

Esame radiologico del torace: non mette in rilievo alterazioni di sorta; ombra cardiaca e fascio vascolare nei limiti.

Esame ematologico: globuli rossi 1.000.000; Hb 25; V.G. 1,25. Negli strisci: lieve anisocitosi, rari macrociti, assenza di megalociti e di megaloblasti: assenti microciti a palla. Lieve grado di poichilocitosi: i globuli rossi sono di massima ben colorati: assenza di emazie con punteggiatura basofila, assenza di eritroblasti.

Reticolociti: 4 %. Formula eritrocitometrica secondo Gamna: μ 6,56: 2 %; μ 7,37: 8 %; μ 8,20: 61 %; μ 9,02: 23 %: μ 9,94: 6 %.

Resistenza globulare (Viola) 32, 32, 38, 52. Leucociti 3000. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 30 %; linfociti 67 %; monociti 2 %; eosinofili 1 %.

Piastrine: 30.000.

Mielogramma: emoistioblasti: 1 %, emocitoblasti 1 %, mieloblasti 5 %. Mielociti neutrofili 36 %: mielociti eosinofili 1 %; metamielociti neutrofili 7 %, polinucleati neutrofili 2 %, eritroblasti basofili 2 %, eritroblasti policromatici 4 %, normoblasti 38 %, macroblasti 4 %.

Bilirubina nel siero di sangue secondo Chabrol: mg. 40 %. Hijmans v. d. Berg: diretta negativa, indiretta positiva pronta. Tempo di coagulazione (Wright) 4 min. primi. Prove di fragilità vasale: del laccio: negativa, del martello, dell'agopuntura: negativa.

Tempo di emorragia 3'.

Reazione di Wassermann, Meinicke, Citochol: negativa.

Sieroagglutinazione con ceppi di tifo, paratifo A, B, melitense: negativa.

Emocultura in mezzi culturali vari: negativa. Negativa la cultura dal sangue midollare.

Sondaggio gastrico: a digiuno si estraggono pochi cc. di sangue misto a sangue, di origine verosimilmente gengivale.

Dopo pasto di prova:

	(in gradi) HCl libero	HCl combinato
dopo 30'	20	20
» 60'	40	55
» 120'	20	25

Urine: tracce minime di albumina. Urobilina +++.

Feci: assenza di parassiti e di uova di parassiti.

Stercobilina: limite di fluorescenza (Pietra e Bozzolo): 1:3125.

Dopo tre giorni dall'ingresso in clinica del paziente le condizioni allarmanti della crasi sanguigna consigliano una prima trasfusione di 300 cc. di sangue: l'infermo avverte subito dopo brivido intenso e si verifica ascesa della temperatura a 40°. Nei giorni successivi si somministra un preparato sulfamidico per os e viene istituita epatoterapia parenterale. Al 5° giorno dell'ingresso si procede all'estrazione del molare. La sintomatologia non subisce intanto alcuna modificazione. Una seconda trasfusione di 300 cc. è sopportata senza brivido nè rialzo termico. Le emorragie gengivali intanto non cedono ed i comuni coagulanti non danno vantaggio.

Al 7° giorno l'infermo lascia la clinica con consiglio di continuare la terapia epatica (Campolon 5 cc. pro die) e sulfamide per os.

Dopo circa 15 giorni le condizioni sono ancora ulteriormente peggiorate, come ci è riferito dal curante. Viene praticata una terza trasfusione seguita pure da brivido e rialzo termico.

Persiste la tinta subitterica delle sclere ed il pallore intensissimo della cute; quale fatto nuovo, un soffio intenso sul focolaio di ascoltazione della mitrale che si propaga verso l'ascella, non si modifica col cambiamento delle posizioni, nè sotto i movimenti respiratori: si ascolta bene anche sul focolaio anatomico della mitrale nonchè sul 2° spazio intercostale di sinistra; si ascolta ancora, sebbene meno intensamente posteriormente sullo spa-

zio interscapolovertebrale di sinistra: sul focolaio della polmonare il 2° tono è accentuato.

L'aia di ottusità cardiaca è ingrandita in modico grado. L'infermo si è lagnato in questi ultimi giorni di dolore puntorio al precordio, e di cardiopalmo. Le emorragie gengivali sono state più notevoli.

Dopo tre giorni si verifica l'exitus.

*
* *

Un concetto diagnostico generico nasce senza speciali difficoltà davanti alla storia di questo caso clinico. Più laborioso è per contro il compito di approfondire ed ulteriormente precisare la genesi, il significato, l'importanza e i rapporti di interdipendenza dei vari sintomi morbosi di cui il quadro si compone.

Non è da dubitare infatti, che al centro di tutta la sindrome morbosa, sta un fatto settico: fatto settico che pur rimanendo nei suoi termini generici per il mancato riconoscimento del germe in causa, ha tuttavia come sua documentazione, e quale espressione concreta un triplice ordine di fatti, quali la suppurazione al dito, quella dentaria ed infine la localizzazione endocardica.

Su quest'ultima è bene soffermarsi, perchè l'affermazione di lesione endocardica in tema di anemie acute, quali sono oggetto di questa nota, deve essere avanzata sotto ogni riserva. Infatti è assai frequente nelle storie di anemie acute, specie quelle emolitiche, il riscontro di reperti ascoltatori tali da lasciare dubbio sul loro significato effettivo e che solo il decorso ulteriore ha potuto definitivamente chiarire.

Ci pare però che per l'ammissione della lesione endocardica nel nostro caso oltre che la nettezza dei suoi caratteri semeiologici parli anche la trasformazione del reperto obiettivo a crasi sanguigna non sensibilmente mutata e l'aggiungersi di una discreta sintomatologia subbiettiva.

Una sepsi che sostiene in sulle prime una sintomatologia attenuata incerta e poco significativa, quasi generica, con astenia, malessere, cefalea, lieve pallore, forse febbricola, che ad un tratto, improvvisamente, per intervento di fattori che cercheremo di approfondire, vira verso un quadro di clamorosa imponenza e di gravità impressionante, sì che la scena clinica si chiude nello spazio di poche settimane con l'esito fatale: sepsi, che noi ammettiamo per le ragioni più sopra discusse, nonostante la negatività delle emo- e mieloculture, e che sta al centro del quadro sopratutto come fattore determinante primitivo: mentre esponente precipuo della sintomatologia clinica, per quanto secondario in senso patogenetico, è il quadro delle alterazioni del sangue, il quale concentra tosto in sè l'interesse di questa storia.

A lato di questa interpretazione, che ci pare traduca l'impressione più diretta e spontanea di una sommaria considerazione dei fatti, un'altra modalità di spiegazione può essere messa in campo, nella quale l'anemia figuri come fattore primitivo ed il fatto settico come complicanza successiva. Ed in vero questa seconda maniera di intendere le cose, conta pure al suo attivo argomentazioni persuasive, sì che non è facile pronunziarsi più decisamente per l'una o l'altra eventualità. Ci pare ad ogni modo che il mezzo per una fondata ricostruzione dei dati di fatto sia offerto dalla esatta, per quanto è possibile, interpretazione del quadro anemico, interpretazione la quale potrà illuminarci sui rapporti di interdipendenza fra fatto settico ed alterazioni ematiche.

Ed a quale forma possiamo ricondurre il quadro anemico in questione?

Noi rileviamo in realtà tre ordini di alterazioni ematiche in certo modo disparate, tali cioè da far sembrare arduo ogni tentativo di costringerle e racchiuderle in un quadro unico e definitivo di emopatia. A volere scindere infatti nelle sue componenti il quadro ematologico si presenta alla considerazione in primo luogo, come fatto di rilievo maggiore l'anemia: anemia imponente con cifra di un milione di emazie, di tipo ipercromico netto, a carattere, diciamo, perniciosiforme; e dal lato della serie bianca, leucopenia con riduzione considerevole dei granulociti, e infine piastrinopenia di alto grado.

Qui importa di stabilire subito se il quadro anemico in questione non debba essere messo in rapporto con i fatti emorragici più sopra notati; fatti emorragici che sono rappresentati, in verità, solo dalle emorragie gengivali, alle quali non si accompagnarono grandi emorragie di altri apparati o di altre sezioni di quello digerente. Ma su tale rapporto è decisiva l'anamnesi, la quale dice che le gengivorragie, non precedettero, ma si stabilirono contemporaneamente all'improvviso profondo aggravamento della sindrome morbosa, ivi compreso il rapido, fulmineo istituirsi del pallore intenso che colpì immediatamente i familiari dell'infermo: ciò significa che fatti emorragici e stato anemico grave, improvviso ed imponente fin da principio e non progres-

sivamente determinatosi, ebbero una comune data di nascita. È chiaro dunque, dato che non vi furono, poichè non risultano nè dall'anamnesi, nè dall'osservazione dell'infermo da parte del curante o da parte nostra, emorragie importanti in altra sede, che lo scarso sanguinamento gengivale non era bastevole a stabilire in maniera che possiamo definire fulminea, un'anemia del grado conosciuto. Ed a parte queste considerazioni sta di fatto che i caratteri del quadro anemico in questione non sono di anemia secondaria poste-emorragica.

Gli stessi fatti emorragici in uno con la piastrinopenia ci potrebbero indirizzare al morbo di Werlhof: ma è chiaro che esso non può abbracciare la complessa sintomatologia clinica ed ematologica di questo caso, mentre d'altra parte fanno difetto alcuni sintomi, i segni di fragilità vasale provocata, propri del Werlhof, segnatamente in periodo di acuzie. Il rapporto fra emorragie e piastrinopenia è naturalmente ovvio; ma è ovvio altresì che qui ci troviamo in campo di piastrinopenia sintomatica con alla dipendenza i relativi fatti emorragici.

La considerevole riduzione dei granulociti circolanti induce a prendere in considerazione le mielosi aplastiche parziali e totali, questa ultima in particolare la quale darebbe vantaggio di una visione unitaria delle alterazioni ematiche.

Ma contro l'ammissione di tale eventualità, a parte altri elementi, parla in senso negativo il mielogramma che non dà reperto di midollo esausto, spogliato di suoi normali elementi, ma che dimostra per contro una ricchezza sorprendente di granulociti sia pure in forma prevalentemente di mielociti. Il reperto midollare offre occasione per altre considerazioni, ma appare fin d'ora chiaro che esso ci fa scartare senz'altro le sopracitate forme anemiche.

Così non entrano in considerazione le mielosi leucemiche (varietà acuta e aleucemica) perchè non trovano appoggio nei dati ematologici.

Invece a chi consideri in modo più particolare i caratteri dell'alterazione a carico della serie rossa due forme morbose si impongono all'attenzione: l'anemia perniciosa e l'ittero emolitico.

Ma non è facile trovare elementi che giustifichino la prima di queste due possibilità. Manca la nota vera e genuina dell'anemia perniciosa: i megalociti e i megaloblasti, espressione di ritorno all'ematopoiesi embrionaria premidollare; qui abbiamo dei globuli rossi di taglia maggiore, che sono derivati da macroblasti, e non da megaloblasti i quali non figurano neppure nel reperto midollare che è ricco per contro di macroblasti. E la mancanza in prima linea di achilia e di glossite, l'eccezionalità del decorso, la resistenza all'epatoterapia costituiscono altrettanti elementi di valore decisivo per l'esclusione della forma in soggetti dal dominio dell'anemia di Biermer. Qui si potrebbe parlare se mai di anemia perniciosiforme, con la quale denominazione si traduce soltanto l'iperecromia globulare e che non ci fa guadagnare molto in chiarezza di definizione.

Maggiore prudenza esige l'esclusione dell'altra forma morbosa: l'ittero emolitico costituzionale. Non c'è dubbio, invero, che l'anemia è nel nostro caso di natura emolitica. Abbiamo infatti ricchezza di dati capaci di testimoniarne in maniera inoppugnabile la genesi emolitica; quali il subittero acolurico urobilinurico con feci ipercromiche, la Hijmans v. der Berg indiretta pronta e la lieve diminuzione della resistenza osmotica globulare (R_3:52).

Si tratta di stabilire piuttosto se tale forma di deglobulizzazione da iperemolisi è espressione di condizione costituzionale, se si tratti cioè di una crisi emolitica di intensità particolare e febbrile, in soggetto affetto da ittero emolitico costituzionale, oppure se ci troviamo in presenza di una forma acquisita di anemia emolitica, senza rapporto con la malattia di Minkowsky e Chauffard intesa come malattia costituzionale.

Intanto è da notare che ammettendo la dipendenza del quadro anemico nel caso nostro della diatesi emolitica rimane ancora da interpretare il significato di quella parte della sintomatologia che di tale malattia non fa abitualmente parte quali le alterazioni sofferte dalle sezioni bianca e piastrinogenetica del sistema emopoietico, ed ancora i fatti settici, i quali ultimi dovrebbero perciò aver parte di fenomeni morbosi concomitanti senza rapporto con l'anemia, o forse secondo un'ipotesi non scevra di verosimiglianza, in rapporto con questa nel senso di scatenatori della crisi emolitica. Ma a parte ciò ci si avvede ben presto che la diagnosi di ittero emolitico non riposa su basi solide.

Antecedenti personali negativi, negativa l'indagine anamnestica familiare pur con il dovuto conto della mancanza di indagine ematologica: non vera e propria splenomegalia, ma tumoretto molle di milza. E neanche gli elementi diagnostici di ordine ematologico ci

soccorrono: manca la microcitosi sferica caratteristica alla quale per contro si può contrapporre il tenue spostamento a destra della formula eritrocitometrica; val quanto dire che sono più numerose della norma e le forme globulari a diametro maggiore; e manca ancora la reticulocitosi almeno nella imponenza con la quale suole figurare nel quadro ematologico dell'ittero emolitico costituzionale, specie in periodo di acuzie.

Perciò la negatività di questi dati importanti unitamente alla difficoltà di racchiudere nel quadro dell'i. e. c., perchè ad esso estranea, la multiforme sintomatologia di questo caso: granulocitopenia, piastrinopenia con fatti emorragici, rendono più che dubbia la diagnosi di i. e. c. nel caso nostro.

Questo caso richiama l'attenzione, come dicevamo prima, sull'anemia febbrile acuta del Lederer, o anemia febbrile acuta perniciosiforme una forma morbosa con decorso, come dice la denominazione, acuto-febbrile, la quale nei tratti suoi essenziali è un'anemia improvvisamente insorgente, a genesi nettamente emolitica, con quadro ematologico di solito pernicioso o perniciosiforme, con leucocitosi imponente ma spesso transitoria e seguita perfino da leucopenia, e della quale forma morbosa fu considerata caratteristica peculiare la rapida guarigione radicale in seguito a trasfusione di sangue unica o ripetuta, o come più recentemente si è visto, ad epatoterapia.

In verità se si confrontano i tratti del quadro clinico ed ematologico offerto dal nostro infermo con quelli che abbiamo dato come principali e più caratteristici dell'anemia del Lederer non pare che la somiglianza abbia consistenza assoluta specie se si considera l'esito diametralmente opposto al quale si perviene: guarigione nell'un caso, esito fatale nell'altro.

Ma con lo studio un po' più approfondito di un certo numero di casi di anemia del Lederer, registrati nella letteratura, ci siamo potuti convincere che l'analogia fra essa ed il nostro caso, oltre che sulla somiglianza del comune esordio brutale dell'anemia, con, secondo l'espressione degli AA. francesi, caduta folgorante della crasi sanguigna, trova conforto in altri elementi, rappresentati da alcune caratteristiche di decorso e di evoluzione della sindrome morbosa e da talune note ematologiche.

Secondo l'impressione di insieme, ricavata dallo studio dei singoli casi, l'anemia emolitica del Lederer, con tutta verosimiglianza non risponde ad un'entità nosologica a sè stante; essa riunisce invece forme morbose diverse.

Poichè, come è noto, non è stato individuato un agente eziologico, il riconoscimento della malattia di Lederer quale entità morbosa autonoma deve emergere dalla uniformità delle manifestazioni cliniche e delle caratteristiche ematologiche nei diversi casi. Da questo punto di vista si danno a considerare elementi positivi ed elementi negativi.

In verità quello che imprime al quadro dell'anemia emolitica del Lederer la nota peculiare è principalmente il decorso: anemia fulminea di origine emolitica, possibilità di rapida guarigione. Infatti il valore diagnostico di un altro elemento ritenuto fondamentale per queste forme morbose, cioè la risoluzione critica in seguito a trasfusione di sangue od epatoterapia, la quale ultima sembra equivalente alla trasfusione nell'effetto terapeutico, è stato considerevolmente attenuato dopo il caso di Campanacci, che dimostra piuttosto la possibilità di tendenza spontanea alla risoluzione. Dal lato poi delle carattedistiche ematologiche è da considerare elemento positivo la reazione perniciosiforme del sangue.

Ma il valore discriminativo di questi elementi non è tuttavia assoluto. Già il Lederer stimò opportuno di distinguere le forme ad inizio acuto da quelle ad inizio sub-acuto; ma anche il decorso deve essere distinto sulla scorta di ulteriori osservazioni parimenti in acuto e sub-acuto e perfino sub-cronico, come si dovrebbe concludere sulla scorta del caso illustrato da Tancredi: occorre ancora a parer nostro considerare sotto uno speciale angolo visuale i casi che decorrono con fenomeni emorragici, che sono certo non numerosi, ma tuttavia chiaramente documentati: così manifestazioni a tipo di porpora in caso di Jules e Masterman, gengivorragie con prove emogeniche positive in quello di Troisier, Bariety e Brocard, emorragie genitali nel caso di Campanacci.

Nel campo degli elementi diagnostici di ordine ematologico deve poi notarsi che la stessa reazione di carattere perniciosiforme offre divario non indifferente da un caso all'altro. Se costante è il grado notevole dell'anemia, meno costante è l'ipercromia per lo meno di grado notevole, e multiforme è il reperto morfologico: da casi in cui le caratteristiche del sangue sono senza meno quelle di un'anemia biermeriana con tutto il corteo ematologico al completo per quantità e qualità, a quelli in cui la perniciosità è rappresentata da lieve aumento del valore globulare con rari, non sempre rilevabili megalociti (caso di Gasbar-

rini). E l'eventuale reazione normoeritroblastica soffre pure ingenti variazioni, da imponente a scarsa o perfino assente. Incostante essa pure è la diminuzione della résistenza esmotica globulare.

Per ciò che riguarda la serie bianca anche in questo campo diversità di reperti: da leucocitosi imponenti con neuhtrofilia e apparizione di mielociti circolanti, reazione dunque a carattere leucemoide, a leucopenie marcate di 3000, con povertà di granulociti. E fra gli estremi si può parlare di una gamma di reperti. Su questo punto hanno fatto luce le osservazioni di Corelli, il quale ha stabilito che il reperto leucocitario è in uno stesso caso soggetto a variazioni notevoli nel tempo e che le leucocitosi spiccate si osservano in principio di malattia. Se questo è vero, non si può negare però che le differenze fra i singoli casi non siano notevoli; e ad ogni modo questo comportamento anomalo, vario nei diversi casi, e mutevole in ognuno di essi, unitamente alla incostanza di altri elementi come ad esempio del quadro eritrocitario, ed aggiungiamo ancora la variabilità di comportamento del chimismo gastrico che normale di solito, può presentare achilia e ipochilia, induce a credere che l'anemia del Lederer più che un'entità morbosa vera e propria, sia una particolare, e abbiamo visto fin dove caratteristica, forma di reazione dell'apparato emolitopoietico a cause probabilmente non sempre identiche. E ci pare che i fatti che si vanno rendendo noti intorno a questo argomento appoggino in maniera assai chiara la attendibilità di tale supposizione.

Da questo punto di vista è opportuno cominciare a prendere in esame il discusso e controverso rapporto fra anemia emolitica acuta e anemia perniciosa biermeriana.

Greppi considera la malattia di Lederer una varietà acuta febbrile suscettibile di guarigione dell'anemia perniciosa e dello stesso avviso sono Trosier, Bariety e Brocard.

Corelli crede invece di poter escludere in base all'analisi critica dei casi registrati nella letteratura un rapporto qualunque fra le due affezioni. È stata espressa del pari l'opinione che la malattia possa svolgersi su terreno biermeriano (Lemaire e Portier). Ma a questo punto cade spontanea la domanda: qual'è l'avvenire lontano, (poichè, come sappiamo, l'esito vicino è la guarigione) dei malati di anemia del Lederer?

In un caso di Greppi dopo 4 anni la guarigione clinica ed ematologica si manteneva ancora: in uno di Lemaire e Portier, i quali hanno potuto rivedere il loro ammalato dopo alcuni anni non furono trovati dati degni di rilievo tranne valore basso di chimismo gastrico: gli AA. esprimono, probabilmente sotto l'impressione del caso di Chevallier che citiamo, più sotto, l'ipotesi di un terreno biermeriano favorevole al determinarsi dell'anemia emolitica acuta. Ma il reperto dell'ipocloridria ci pare povera cosa a sostegno di tale ipotesi, specie se si considerano le caratteristiche di quel caso (soggetto ipoevoluto, malaria cronica). Va ricordato infine il caso di Chevallier, rivisto dopo due anni quando il soggetto trovavasi in istato di relativo benessere, e nel quale l'esame ematologico rivelò note chiare di anemia perniciosa.

Su questi tre esempi non possono trarsi conclusioni sicure a favore di una delle due opposte tendenze. Ma se diamo valore all'unico caso positivo, che ha naturalmente valore di gran lunga maggiore dei negativi, dobbiamo ammettere che almeno in un certo numero di casi, dei quali il citato potrebbe essere esempio, l'anemia emolitica acuta è certamente in rapporto con l'anemia perniciosa della quale potrebbe rappresentare un momento particolare, o come vorrebbe Chevallier l'inizio acuto febbrile dell'affezione. Sempre secondo Chevallier i casi di anemia acuta emolitica febbrile di origine biermeriana e nel dominio di questa malattia perciò rientranti sono quelli i quali offrono all'esame ematologico note chiare di perniciosità. Si capisce che non si può parlare in tali casi di guarigione bensì di remissione più o meno duratura.

Per quanto riguarda le alterazioni del chimismo gastrico nell'anemia emolitica acuta esse non sono di natura tale, per la loro incostanza, da appoggiare con maggiore efficacia la dipendenza dell'anemia perniciosa. Nei casi in cui achilia o ipochilia è stata messa in luce non è mancata per parte degli AA. il riferimento alla malattia di Biermer, come nel caso di Troisier, Bariety e Brocard.

Quindi la conclusione su questo punto, almeno provvisoria, è che solo alcuni casi di anemia emolitica acuta sono anemie perniciose vere o per lo meno, hanno con questa affezione un rapporto la cui natura è da stabilire.

Ma l'importanza dei rapporti di interdipendenza fra queste due affezioni si riduce notevolmente quando ben si consideri nel suo significato e nelle sue pecularíarità di contegno ematologico, un'osservazione di anemia emolitica acuta descritta da Jules: in questa osservazione, l'ultima di quattro casi, noi tro-

viamo anacloridria resistente all'istamina, valore globulare di 0,5 ed infine microcitosi; una forma anemica, che nel giudizio di questo A., sarebbe una combinazione di anemia microcitica, anacloridrica ed emolitica. Anche in questo caso si ebbe un pronto ripristino della crasi sanguigna dopo trasfusione.

Qui i casi sono due: nel primo l'a e. a. si inserirebbe nel corso di un'anemia ipocromica achilica; nel secondo, come si potrebbe supporre forse con verosimiglianza maggiore, l'anemia emolitica acuta sarebbe capace di presentarsi con caratteri ematologici e di chimismo gastrico propri dell'anemia ipocromica cosidetta essenziale o achilica. In ogni caso si trova argomento di valore indubbio per rifiutare l'appartenenza costante, dell'a. e. a. all'anemia biermeriana.

Ancor più ricca di significato è l'osservazione di Ramond, Chevallier, Harn ed Ely i quali videro svolgersi un'anemia emolitica acuta, completa di tutti i suoi attributi, compresa la suscettibilità alla trasfusione, nel corso di una malaria primitiva; in questo caso l'anemia dominata in primo tempo dalla trasfusione, fu vinta definitivamente dal trattamento antimalarico.

Sulla base di questa osservazione i citati AA. avanzano l'opinione che l'anemia emolitica acuta è una sindrome che risponde a diverse malattie: due, come abbiamo visto accertate, e cioè la perniciosa e la malaria.

Ma è tempo di prendere in considerazione il rapporto fra sepsi ed anemia del Lederer, rapporto che interessa particolarmente il caso in discussione.

Lederer ritenne che il quadro da lui descritto fosse determinato da un agente settico ignoto; ma questa opinione basata in fondo sopra impressioni cliniche non ebbe mai documentazione e venne perciò abbandonata. La questione merita di essere ripresa. Noi abbiamo potuto mettere in rilievo in alcuni casi di questa forma morbosa la concomitanza di un fatto settico più o meno importante, che ci è parso opportuno di valutare nella eventuale interferenza con la sindrome anemica.

Nel 1° dei 4 casi già citati di Jules leggiamo esservi all'inizio della malattia tonsillite cronica con adenite latero-cervicale; nel corso dell'affezione si manifesta tonsillite streptococcica acuta che ritarda il ripristino della crasi sotto l'influenza della trasfusione di sangue: un nuovo esame dell'infermo a distanza di alcuni mesi fa rilevare l'esistenza di una stenosi mitralica.

In questo caso l'esistenza del fatto settico è documentata nelle sue fasi di focus tonsillare, riacutizzazione, generalizzazione con localizzazione endocardica ed esito in stenosi mitralica.

Nel secondo caso preesisteva piorrea alveolare.

Nell'osservazione di Troisier, Bariety e Brocard quando la guarigione è avviata, notiamo febbre, che dagli AA. è riferita a « grippe » e alcuni giorni più tardi eresipela, in coincidenza della quale si verifica una ricaduta importante del numero dei globuli rossi da 4,8 a 2,7.

Nel caso di Lemaire e Portier a guarigione inoltrata si produce ascesso gluteo da iniezione suppurata (si sa che molti di questi ascessi sono veri e propri ascessi da fissazione). L'osservazione non sarebbe da rilevare se non ci avvedessimo che questo ascesso provoca una ricaduta della crasi con diminuzione considerevole dei globuli rossi.

Ed infine va segnalato il caso che è stato oggetto di una lezione clinica di Gasbarrini e che ha somiglianza con quello da me qui riferito.

Quadro di anemia emolitica febbrile con reperto perniciosiforme che si beneficiò delle ripetute trasfusioni di sangue: dopo un mese tonsillite con adenite latero-cervicale febbrile; quindi lesione ulcero-necrotica di una tonsilla. In corrispondenza di questi fatti: ricaduta della crasi sanguigna, leucopenia di 4000 con neutrofili 48 %, aumento dei processi emolitici. Ripetute trasfusioni provocarono una transitoria remissione. Ma trascorso un mese si ebbe tumefazione in corrispondenza di un dente cariato: fu estratto il dente; sopravvenne periostite e la tumefazione lungi dal regredire guadagnò terreno. Si verificò cospicuo esaltamento dei fatti emolitici e peggioramento delle condizioni generali. Globuli rossi 1,52, globuli bianchi 1500 di cui solo 2 % neutrofili. Exitus dopo breve tempo.

Questo caso ha col nostro non pochi punti di contatto sia dal lato clinico che da quello ematologico: così il decorso di circa sei mesi, il fatto settico dentario seguito da aggravamento e morte. Ed anche gli esami ematologici danno risposte analoghe: anche nel caso di Gasbarrini l'offesa è stata infatti esercitata su tutti e tre i distretti dell'apparato emolito poietico con risultato di anemia emolitica grave, ipo fino ad agranulocitosi e finalmente piastrinopenia, di modo che l'anemia emolitica è in questo caso, come nel nostro, soltanto un esponente, senza dubbio il più rilevante, sia se si consideri in sè e per sè, come dal

punto di vista dell'interesse clinico, del complesso quadro di alterazioni ematiche.

Questi i dati da noi raccolti sul rapporto fra sepsi ed anemia di Lederer: si tratta di fatti, riconosciamo, isolati; ma occorre pur considerare che la casistica di questa affezione è scarsa e verosimilmente non tutti gli AA. hanno esercitato la loro attenzione sulla eventuale coesistenza di fatti settici.

Ciò posto qual'è il valore che dobbiamo attribuire ad essi rispetto all'anemia emolitica acuta del Lederer?

Noi riteniamo che non si tratti di una fortuita coincidenza senza reciproco interessamento. È chiaro al contrario che anche nei casi, come quelli di Lemaire e di Troisier, in cui il fatto settico sembra banale, la crasi sanguigna è particolarmente sensibile a questi, in apparenza estranei, accidenti settici. E nel caso 1° di Jules, nel caso di Gasbarrini, nel nostro, la lesione settica ha tale importanza, che non può sembrare artificioso il tentativo di ricondurre ad essa tutta la genesi dell'affezione.

D'altra parte, come è stato detto in principio, non è illogico considerare questi fatti settici quali complicazioni della malattia primitivamente e fondamentalmente ematica; ma seguendo la cronistoria del caso di Jules e del nostro, dove il fatto settico è primo in ordine di tempo, questa ipotesi non pare abbia verosimiglianza. E per quei casi in cui tali fatti si rivelano tardivamente, si può tener presente che questo modo di operare, prima subdolamente e poi apertamente, attraverso le eventuali localizzazioni, non è nuovo nella storia delle sepsi.

D'altronde in favore della primitività dell'affezione settica e della dipendenza delle alterazioni ematiche da questa, almeno per quanto riguarda il caso di Gasbarrini ed il nostro, stanno anche argomenti di ordine ematologico, quali la molteplicità ed il tipo particolare di alterazioni contemporanee a carico dei vari distretti ematici: alterazioni che non rimangono più isolate, a sè stanti, se noi le riconduciamo al denominatore comune dell'origine settica.

Ed infine, l'incertezza riguardo all'agente eziologico dell'anemia del Lederer da una parte, e la dimostrazione che fattori diversi possono essere causa dell'affezione dall'altra, non inducono a valutare al massimo grado nella parte di fattore determinante l'eventuale coesistente fatto settico, specie quando esso assume proporzioni notevoli?

Ma coll'attribuire al nostro caso e ad altri di anemia emolitica acuta febbrile un'origine settica, non intendiamo con ciò di riconoscere tale origine ad ogni caso: l'estensione sarebbe difatti arbitraria e contraria agli stessi fatti che abbiamo cercato di lumeggiare intorno alla genesi di queste forme anemiche, e che parlano indubbiamente per una molteplicità di fattori capaci di sostenerle.

In conclusione il caso da me riferito è una forma emopatica complessa di origine settica, in cui spicca come nota clinica dominante l'anemia emolitica acuta, che si accompagna ad ipogranulocitosi e piastrinopenia con dipendenti fenomeni emorragici. La lesione endocardica terminale richiama il pensiero ad una sepsi da viridans, germe, che, come è noto, è capace di offese importanti agli organi emopoietici. Ma ci pare arbitrario discutere una simile possibilità senza i dati di sicurezza che abbiamo senza frutto ricercato. E d'altronde del fatto settico dentario non può essere imputato il viridans che non è piogeno. Qui cogliamo l'occasione per accennare che le caratteristiche cliniche ed ematologiche del nostro caso non suffragano la ipotesi, che potrebbe essere avanzata, dell'esistenza di una endocardite lenta.

Segnaliamo particolarmente il reperto del mielogramma, di cui non si ha quasi riferimento alcuno nelle storie di anemie emolitiche acute e che nel nostro caso si distingue per l'ingente reazione normoeritoblastica con presenza di numerosi macroblasti, per la ricchezza di mielociti a cui fa riscontro scarsezza di polinucleati, rarità di piastrine e di megacariociti: il reperto eritrocitario è bene inquadrabile nel campo delle anemie emolitiche (vedi ittero emolitico costituzionale): per ciò che riguarda la serie bianca sorprende il contrasto fra midollo ricco di forme granulocitiche e il reperto del sangue circolante spiccatamente granulocitopenico; fatto d'altronde messo a fuoco e che arieggia i reperti che in tema di agranulocitosi sono stati segnalati per es. da Cohen, il quale in presenza di tali quadri ha proposto la denominazione di mielosi « plastiche ».

Con la forma anemica descritta dal Lederer, il nostro caso va nettamente raccordato nella sua parte che riguarda l'alterazione più propriamente eritocitaria, che ha caratteri di anemia emolitica acuta perniciosiforme. È opportuno però ripetere che anche in altri casi di anemia emolitica acuta si ha partecipazione di tutto il sistema emopoietico. E a questo riguardo noi pensiamo che tale diffusione si verifichi più facilmente quando la malattia

invecchia, dando modo all'agente eziologico di allargare il suo campo di azione.

Nella anemia di Lederer ci pare di ravvisare una particolare maniera di reagire da parte degli organi ematopoietici a cause diverse, le quali sarà assai interessante di chiarire ulteriormente (vedi il riallacciamento di questa forma morbosa alla verruca peruviana). L'origine della maggior parte dei casi rimane invero misteriosa. Esclusa la costante appartenenza all'anemia perniciosa, fondandoci sul caso di Chevallier di origine malarica e su quelli da noi riportati a fattori settici, propendiamo per un'origine da causa infettiva in senso lato, che agisca su terreno particolarmente sensibile nei suoi distretti ematopoietici. Concordiamo perciò con quelli che vedono nella azione della trasfusione un effetto risolutivo aspecifico e a tal proposito è bene affermare che lo stesso effetto dalla trasfusione di sangue, dopo il caso Campanacci, che dimostra la possibilità di guarigione spontanea di questa forma morbosa, e dopo la scoperta dell'azione fondamentalmente analoga dell'epatoterapia, ha perduto parte del fascino che contribuiva a dare a questa affezione fisionomia di entità morbosa a sè stante.

Se all'anemia del Lederer si riconosce una origine infettiva, non può sembrare arbitrario di riavvicinare i rari casi ad esito mortale con altri il cui esito è la guarigione. È probabile che l'efficacia della trasfusione e dell'epatoterapia si riveli soltanto se il trattamento è precocemente istituito e quando sopratutto le alterazioni sono limitate agli organi ematopoietici. In tal senso parla il caso Gasbarrini, nel quale la componente ematica è in primo tempo dominata dalla trasfusione mentre la sepsi perdura provocando una ricaduta e conducendo infine a morte l'infermo: questo dimostra il caso Ramond e Chevallier nel quale la trasfusione piega l'anemia, mentre la malaria continua a dare segno di sè fino a che non si interviene col trattamento specifico che mette fine alla malaria e alla anemia. L'ipotesi poi, alla quale è facile sottoscrivere, di una particolare sensibilità del terreno organico, dà ragione del perchè una causa infettiva anche di poco momento possa provocare un effetto sproporzionato e perchè una volta dominata l'emopatia tutta l'affezione si spegne, mentre in altri casi, in cui il fattore infettivo ha importanza per sè stesso, le cose procedono in altra maniera.

Dobbiamo infine ricordare che le sepsi sono capaci di sostenere anemie di diverso tipo, come dice il Micheli nella sua relazione sulle splenomegalie emolitiche: « Sepsi croniche subdole di origine e natura abitualmente sconosciute (che) a seconda delle proprietà biologiche dell'agente che le sostiene, e in rapporto altresì a momenti costituzionali, e conseguentemente a suscettibilità individualmente variabili del sangue e degli organi ematopoietici, possono sostenere anemie di genesi diversa, di origine cioè prevalentemente emolitica o midollare di vario tipo, con o senza ittero, con o senza reazione perniciosa, con leucocitosi più o meno intensa e eventualmente con reazione leucemoide, o anche con leucopenia, per lo più senza linfocitosi relativa ».

Questi rilievi del Micheli sulle forme anemiche di origine settica, ci sembrano assai significativi dopo quanto abbiamo detto circa l'anemia del Lederer.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso complesso di emopatia di origine settica nel quale accanto a piastrinopenia e leucopenia figura quale fatto di maggiore importanza una forma anemica di tipo pernicioso a genesi emolitica; ne dimostra la parentela con taluni casi di anemia del Lederer ed a proposito del significato di questa forma morbosa, dopo di aver esposto le idee vigenti sull'argomento, ritiene che essa non risponda ad un'entità morbosa a sè stante, ma sia piuttosto da considerare una sindrome morbosa provocabile per effetto di fattori svariati, infettivi in senso lato, ivi compresi gli agenti settici, che agiscono su terreno idoneo capace di particolare reazione nei suoi distretti ematici.

BIBLIOGRAFIA.

MICHELI. *Splenomegalie emolitiche* (relaz. al 35° Congresso Soc. It. Med. Interna).

LEDERER. Am. Journ. Med. Sciences, CLXX, pag. 500, 1925.

CAMPANACCI. Riforma Medica, pag. 753, 1933.

TANCREDI. Haematologica, fasc. IX, vol. XVII.

JULES e MASTERMAN. Brit. Med. Journ., pag. 150, 1935.

TROISIER, BARIETY e BROCARD. Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, n. 117, pag. 66, 1935.

GASARRINI. Le Forze Sanitarie, A. VIII, pag. 527, 1939.

CORELLI. Haematologica, vol. XV, fasc. 8, 1934.

GREPPI. Haematologica, vol. XII, fasc. 1, 1931.

CHEVALLER e ELY. Le Sang, vol. IX, pag. 1010, 1936

LEMAIRE e PORTIER. Le Sang, pag. 761, 1936 e Le Sang, pag. 337, 1938.

RAMOND, CHEVALLER, HARN e ELY. Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp., Paris, n. 30, pag. 1441, 1936.

COHEN. Le Sang, pag. 936, 1933.

*

OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica Medica della R. Universita' di Roma
Direttore: Prof. C. Frugoni

Due casi di polimiosite.

Dott. Adriana Mussafia.

Wagner, Hepp e Unverricht, nello stesso anno (1877) e indipendentemente l'uno dall'altro, isolarono dal gruppo delle miositi una forma particolare, caratterizzata da manifestazioni cutanee e muscolari. La prima denominazione di questa malattia fu « polimiosite ». La diversità del quadro clinico con cui la malattia può presentarsi ha portato in seguito ad attribuire ad essa nomi diversi a seconda delle manifestazioni cliniche predominanti.

La polimiosite non viene osservata di frequente. Moser nel suo capitolo « Myalgie und Myositis » nel trattato di Bumke e Foerster, parla di circa 100 casi pubblicati fino al 1935. Tra i contributi italiani ricordiamo quelli di Sega, che ne fece oggetto di un'accurata trattazione monografica, e i casi di Bolaffi e di Scimone e Antoniazzi. Ma più che per la sua relativa rarità, questa forma ha interesse per il suo polimorfismo sintomatologico, che ne rende sovente difficile e talora insospettabile la diagnosi. Si può dire che ogni caso abbia una sua fisionomia personale di sintomi e di decorso, presenti una particolare prevalenza di interessamento a carico dei vari sistemi. Talora la malattia può facilmente mentire altre affezioni. Anche l'etiologia ci sfugge e non è improbabile che siano in campo vari fattori causali (Steinfeld, Senator).

È per questo che ho creduto opportuno aggiungere alla casistica finora pubblicata i due malati da me studiati.

Caso I. — N. B., di anni 27. Nulla di importante si rileva dall'anamnesi famigliare. Il paziente è stato forte bevitore, modico fumatore. Non ha avuto lue nè altre malattie veneree. Afferma di essere stato in ottime condizioni di salute fino all'ottobre 1927. In questa epoca cominciò ad accusare senso di dolenzia localizzato profondamente ad ambedue le coscie. Allora non aveva febbre nè altri disturbi. Il dolore si accentuava lievemente con la stazione eretta, ma permetteva al paziente di adempiere come al solito alle sue occupazioni. Questo disturbo rimase isolato e stazionario fino al dicembre successivo. In seguito il dolore si diffuse alle gambe, all'articolazione del ginocchio, alle braccia e agli avambracci. Gli arti erano dolenti alla pressione, ma pare non fossero nè arrossati, nè tumefatti. Nel mese di marzo comparvero lievi elevazioni febbrili e i dolori si fecero più intensi. Il malato cominciò ad avvertire una notevole astenia, che in breve tempo si accentuò talmente da impedire ogni lavoro. Verso la metà di marzo comparve una tumefazione edematosa, localizzata dapprima alle palpebre, che poi interessò anche gli arti superiori ed inferiori dove era più marcata ai segmenti prossimali. Sul volto e sulle regioni laterali del collo comparvero chiazze eritematose di varia forma e grandezza. Il paziente cominciò a notare una certa difficoltà nell'aprire la bocca e nel deglutire specialmente cibi solidi, tanto che da allora fu costretto ad alimentarsi quasi esclusivamente a base di liquidi e minestrine. Frattanto la debolezza ed i dolori andarono progressivamente aumentando: la stazione eretta era mantenuta solo con grande difficoltà e verso i primi di aprile il malato fu costretto a mettersi a letto. Il 31 maggio 1928 entra in clinica.

All'esame il paziente appare in condizioni generali discrete e presenta perfetta integrità del sensorio; giace immobile in posizione supina, con gli avambracci flessi e addotti sul torace; gli arti inferiori sono in posizione di semiflessione. Le alterazioni cutanee richiamano subito l'attenzione. L'edema si estende a tutta la faccia, alle regioni laterali del collo, alle braccia e al lato dorsale degli avambracci e delle mani. Anche gli arti inferiori sono edematosi, specie alle regioni posteriori delle coscie. Chiazze di eritema si osservano alla fronte, alle palpebre, alle regioni laterali del collo. Alla palpazione l'edema è di consistenza dura e non conserva l'impronta del dito, eccetto che alla regione postero-interna delle coscie, dove è più molle. A causa dell'edema lo stato di trofismo della muscolatura non è bene apprezzabile. I muscoli del torace e dell'eminenza tenare ed ipotenare presentano però evidenti segni di ipotrofia. Alla palpazione delle masse muscolari si nota un aumento della loro consistenza che è quasi lignea ai masseteri, bicipiti, deltoidei e ai muscoli del polpaccio. La pressione sulle masse muscolari provoca intenso dolore. La motilità dell'infermo è limitatissima. Col capo egli può compiere bene i movimenti di lateralità, mentre la flessione e l'estensione sono quasi impossibili. Gli arti superiori sono quasi completamente immobilizzati. Gli arti inferiori possono compiere i movimenti di abduzione, ma non vengono sollevati attivamente dal piano del letto, nè la posizione abituale di semiflessione può venire modificata spontaneamente. La forza muscolare appare notevolmente diminuita. La motilità passiva è molto ridotta per il vivo dolore e per lo stato di contrattura in cui entrano i muscoli durante il movimento.

L'esame distrettuale può essere così riassunto: reflettività pupillare ed oculomozione normali. L'apertura della bocca è limitata per una contrattura permanente dei masseteri. La lingua può venire sporta normalmente e non appare deviata. Alla base dell'emitorace sinistro si ascoltano dei rantoli. Sul cuore, che si presenta allo schermo di forma e grandezza normale, si ascolta alla punta un soffio sistolico che non si diffonde all'ascella. Il polso è ritmico, molle, di frequenza aumentata (110-120 al minuto). L'addome è meteorico, la milza e il fegato sono nei limiti normali. I riflessi agli arti superiori sono normali. I patellari sono assenti, deboli ma provocabili gli achillei. La pressione lungo il decorso dei tronchi nervosi e nei loro punti di emergenza non è particolarmente dolente. Non si osservano disturbi della sensibilità termica, tattile e dolorifica. Anche le sensibilità profonde sono normali.

La pressione arteriosa è di 100-65. Nelle urine vi sono tracce di albumina e indacano in notevole quantità. Esame emocromocitometrico: G.R. 4.700.000, Hb. 85 (Sahli), G.B. 10.000. Formula leucocitaria normale (eosinofilia 1 %). Esame del liquor: Nonne-Appelt, Pandy, Weichbrodt negative. Reazione di Bordet-Wassermann nel sangue e nel liquor negativa. Emoculture negative. Agglutinazioni per tifo, paratifo e melitense negative. Negativa la ricerca delle trichine nelle feci. Elettrocardiogramma normale. Esame elettrodiagnostico: l'eccitabilità elettrica alla corrente galvanica e faradica presenta soltanto leggere modificazioni quantitative, consistenti in una lieve ipoeccitabilità particolarmente alla corrente galvanica. Non si nota nessuna modificazione qualitativa.

Reperto bioptico del muscolo deltoide. Si notano fasci muscolari ipertrofici con proliferazioni dei nuclei del sarcolemma. Un tessuto connettivo abbondante e ricco di grasso separa i fasci muscolari. Mutando il campo microscopico si osservano fibre muscolari normali e fibre muscolari alterate. Le fibre alterate sono più numerose e presentano alterazioni di vario grado. In alcune si vede un aumento di volume del sarcoplasma che appare più evidente che di norma, mentre è scomparsa la striatura trasversale. Soprattutto all'estremità delle fibre si osservano solo nuclei, mentre le striature sono scomparse e il mioplasma si confonde con il tessuto connettivo circostante. I nuclei sono di forma e di grandezza assai diversa fra loro (rotondi, ellittici, tortuosi) e si osservano figure di cariocinesi. In altri campi si vedono, sotto il sarcolemma, cumuli di nuclei intensamente colorati. Nelle fibre ove il sarcolemma è più visibile e la striatura sia longitudinale che trasversale è scomparsa, si vedono fini granulazioni di grasso e vacuoli. Accanto a queste gravi alterazioni delle fibre muscolari si trovano degli infiltrati cellulari per lo più a disposizione perivasale, costituiti da elementi di tipo linfoide.

Decorso. Nei tre mesi in cui il malato fu degente in clinica, la temperatura, a tipo remittente, non superò i 38°. Le manifestazioni cutanee e gli edemi presentarono periodi di regressione e di recrudescenza. Nello stadio terminale della malattia la cute, specie alla faccia e agli arti superiori, andò assumendo un carattere di particolare secchezza e durezza senza raggiungere però un vero aspetto sclerodermico. La sintomatologia dolorosa a carico delle masse muscolari rimase invariata. L'astenia andò facendosi sempre più rilevante, la masticazione si fece sempre più difficile, cosicchè l'alimentazione si ridusse a pochi liquidi. Nell'ultimo mese di vita l'ammalato era completamente immobilizzato: i movimenti passivi erano dolorosissimi. L'ulteriore decorso è stato caratterizzato da gravi ed estese atrofie muscolari con interessamento dei muscoli della deglutizione, fonazione e respirazione e da uno stato di grave cachessia. L'exitus si ebbe per broncopolmonite il 25 agosto 1928.

CASO II. — D. B., di anni 27. Nulla di particolare nell'anamnesi famigliare. Nascita, allattamento e sviluppo fisico e psichico regolari. Non lue nè altre malattie veneree. A 7 anni ebbe difterite del faringe con paralisi postdifteriche a carico del velo pendulo, del faringe e dei muscoli motori degli occhi, paralisi che dopo qualche tempo regredirono completamente. Negli ultimi anni ha avuto frequenti angine tonsillari a decorso altamente febbrile.

Il 18 dicembre 1937 il malato fu colpito da febbre alta e da profonda astenia e dopo qualche giorno da dolore di gola con arrossamento delle fauci. Questi disturbi non durarono che pochi giorni. Il 25 dicembre, quando già si riteneva guarito, il paziente fu colto improvvisamente da forte prurito al viso e alle mani, mentre compariva alle guance una tumefazione edematosa che si estendeva rapidamente invadendo ambedue le palpebre. Nelle regioni edematose la cute assumeva un colorito rosso, a chiazze di varia grandezza, che andarono nei giorni seguenti cambiando di forma e di sede. Altre chiazze di eritema pruriginoso comparvero in seguito su altre parti del corpo.

Insorsero poi dolori muscolari, localizzati ora a uno ora a un altro territorio. Le mani e le estremità inferiori si fecero edematose, ed una molesta sensazione di formicolìo comparve in queste regioni. L'astenia divenne sempre più intensa, sì che il malato riusciva a mala pena ad alzarsi dal letto; e facendosi frattanto vieppiù difficili e dolorosi i movimenti attivi, egli rimase alfine completamente immobilizzato. Il 27 dicembre 1937 fu ricoverato in clinica.

All'esame il malato appare in buone condizioni generali. Egli giace a letto supino, con le braccia e le gambe in semiflessione. Su varie parti del corpo si osservano chiazze di eritema di varia forma e grandezza, a distribuzione irregolare, più numerose al viso ed al collo. Si osserva inoltre un edema che interessa il viso, le braccia e le gambe; l'edema non è molto marcato, eccetto ai piedi che si presentano notevolmente edematosi. È un edema duro, su cui il dito non lascia l'impronta, dolente alla pressione. Le masse muscolari sono dure, contratte e molto dolenti alla palpazione. Non si osserva in questo momento una evidente ipotrofia della muscolatura. La motilità attiva è assai limitata: il malato non può sollevare la testa nè mettersi a sedere sul letto. Per deficenza dei muscoli del dorso non è capace di sollevare le spalle. Anche i muscoli della respirazione presentano un certo grado di deficienza cinetica: il respiro è aumentato di frequenza, corto e superficiale. La contrazione dei retti addominali, che alla palpazione appaiono divaricati sulla linea mediana, è molto debole. Gli arti superiori sono in semiflessione e i movimenti sono assai limitati: il malato può appena muovere le dita delle mani ed eseguire soltanto qualche movimento di estensione e di flessione dell'avambraccio sul braccio. Le gambe sono in posizione di semiflessione. Nessun movimento degli arti inferiori è possibile. Anche i movimenti passivi provocano forti dolori: specialmente l'estensione, dolorosissima, è quasi impossibile.

L'esame distrettuale non lascia apprezzare nulla di particolare fuorchè una lieve asimmetria del viso per paresi a tipo periferico del facciale sinistro. La riflettività pupillare e l'oculomozione sono normali. La lingua, umida e patinosa, può venire sporta normalmente dalla bocca. Il faringe è arrossato, le tonsille sono piccole e criptiche. La spremitura è positiva. Nulla al torace. Il cuore è di grandezza e forma normali, i toni sono puri. Il polso è molle, ritmico, di frequenza aumentata. La milza è modicamente ingrandita: si delimita in alto all'ottavo spazio sull'ascellare media, in basso deborda appena dall'arco costale. Il fegato

è nei limiti. I riflessi profondi agli arti superiori sono deboli. Gli achillei ed i patellari assenti. La compressione dei tronchi nervosi e dei loro punti di emergenza suscita intenso dolore. Vi è lieve ipoestesia tattile, termica e dolorifica agli arti superiori ed inferiori, più marcata alle porzioni distali. I sensi specifici sono integri.

La pressione arteriosa è di 130-80. Nelle urine vi sono traccie di albumina ed ematuria microscopica. L'azotemia è di g. 0,30 ‰. Esame emocromocitometrico: G.R. 5.000.000, Hb. 90 (Sahli), G.B. 11.000. La formula leucocitaria è normale (eosinofilìa 1 %). La reazione di Bordet-Wassermann nel sangue è negativa. L'emocultura negativa. Negative anche le agglutinazioni per tifo, paratifo e melitense. Il fondo dell'occhio è normale. L'elettrocardiogramma è normale. L'esame parassitologico delle feci è negativo. L'esame elettrodiagnostico dimostra solo lievi disturbi quantitativi dell'eccitabilità elettrica.

Decorso. Il malato rimase degente in clinica dal 27 dicembre 1937 al 24 aprile 1938. Nei primi due mesi le condizioni andarono sempre peggiorando ed assumendo carattere di particolare gravità. Vi era abitualmente leggera febbre (37°-37°,8) con qualche sporadico rialzo fino a 38°-38°,5. Nuove manifestazioni cutanee a tipo eritematoso comparivano di quando in quando su varie parti del corpo. La paresi del facciale di sinistra si era fatta più evidente. L'edema del viso e degli arti era diminuito d'intensità, persisteva invece più marcato ai piedi, dove la cute si era fatta secca, pallida, fredda e lo strato corneo ispessito aveva assunto un aspetto ipercheratosico. In poche settimane erano comparse gravi ed estese atrofie muscolari. Per la compromissione della muscolatura del cingolo scapolare e del tronco, le spalle si erano fatte cadenti, le scapole alate, vi era lordosi ed insellatura del tratto dorso-lombare della colonna vertebrale. Gli arti superiori ed inferiori, per il regredire dell'edema e per le profonde atrofie muscolari, erano divenuti sottili e alla palpazione le masse muscolari non erano più dure e contratte, ma flaccide e ipotoniche. In seguito la sintomatologia si arricchì per la compromissione di altri territori muscolari: la voce si fece nasale, la parola strascicata e quasi inintelligibile. Il malato provava difficoltà alla deglutizione dei cibi solidi e aveva facile rigurgito per i liquidi. Erano comparsi disturbi degli sfinteri con perdita di urine e qualche volta anche di feci. L'interessamento della muscolatura del diaframma determinava una dispnea grave, a tipo prevalentemente inspiratorio. La paresi interessava tutti e due gli emidiaframmi (controllo radiologico). Il 24 febbraio la temperatura raggiunse i 39°, il polso 140 battiti al minuto, la pressione arteriosa discese a 90-60. Obbiettivamente si osservava quasi una assoluta immobilità dell'emitorace destro, che alla percussione si presentava ottuso su tutta l'estensione. Il respiro era sostituito da un forte soffio bronchiale. Il malato aveva tosse lenta, astenica, senza espettorato. L'esame radioscopico metteva in evidenza un sollevamento inspiratorio dell'emidiaframma destro, mentre le escursioni dell'emidiaframma sinistro erano molto limitate; si osservava inoltre un addensamento massivo di tutto il polmone destro (collasso massivo ?). Le condizioni del malato si erano fatte in complesso così gravi che la morte sembrava imminente.

Durante questo periodo di malattia avevamo provato diverse cure: sostanze antireumatiche a forti dosi, vitamine anche per via endovenosa, stimolanti, antisettici. Nessuna di queste cure sembrò esercitare un influenza evidente sul decorso della malattia. Solo la prostigmina, che veniva eseguita per via sottocutanea, parve capace di un'azione immediata, specie nei momenti di grave insufficienza dei muscoli respiratori.

Lo stato di particolare gravità, in cui la malattia si può dire raggiunse il suo acme, durò ancora qualche giorno, poi, alla fine di febbraio, quasi bruscamente, tutti i segni della fase attiva cessarono e si iniziò un progressivo e rapido miglioramento. La sintomatologia respiratoria regredì rapidamente, la funzione diaframmatica e l'obbiettività respiratoria tornarono quasi normali. Scomparve la temperatura febbrile. Non si ebbero nuove manifestazioni cutanee e gli edemi regredirono completamente. I dolori spontanei scomparvero e anche i movimenti passivi divennero meno dolorosi. Il malato manteneva ancora la posizione supina con gli arti in flessione, ma quando veniva messo seduto poteva tenersi eretto sul tronco. Infine divennero possibili anche i movimenti attivi, dapprima agli arti superiori, poi a quelli inferiori. La ripresa della motilità fu graduale e rapida tanto che dopo poco più di un mese dall'inizio del miglioramento il malato era già in grado di alzarsi dal letto. La deambulazione dapprima molto stentata e steppante, con leggera posizione di equinismo dei piedi, in poco tempo ritornò normale. I muscoli acquistarono rapidamente tono e trofismo. Anche i disturbi della sensibilità regredirono completamente. Persisteva invece la mancanza dei riflessi patellari ed achillei.

Anche a distanza di un anno dalla guarigione clinica, il paziente era in ottime condizioni generali. Nessun segno distrofico si notava a carico della cute e della muscolatura. Non vi erano disturbi della sensibilità. La capacità funzionale era completa. Unici reliquati erano un leggero deficit del facciale di sinistra e l'assenza dei riflessi patellari ed achillei.

Diagnosi differenziale. Di fronte al complesso sintomatologico presentato dai nostri malati, devono essere discusse alcune malattie che presentano particolari difficoltà nella diagnosi differenziale della polimiosite.

Della *trichinosi* fanno parte i dolori muscolari, gli edemi e la febbre. Nei nostri malati mancavano però i disturbi intestinali, non si trovò il parassita nelle feci, non esisteva una eosinofilia marcata e infine nel primo di essi una biopsia muscolare non dimostrò la presenza di cisti.

Una singolare somiglianza clinica può esistere in alcuni casi (Dietschy, Schulz, Rosenthal) fra polimiosite e *sclerodermia.* Secondo Oppenheim anzi non vi sarebbe nessun segno differenziale fondamentale fra queste due malattie. In base alle nostre conoscenze attuali però l'identità nosologica dei due quadri morbosi non può essere affermata, anche se essi possono presentare talora una grande analogia di aspetto clinico e di decorso. Nei nostri

due casi in particolare la sclerodermia non poteva neanche venire prospettata, perchè le alterazioni cutanee presentate dai nostri malati non raggiungevano il carattere sclerodermico.

Scimone e Antoniazzi richiamano in particolare l'attenzione sulle difficoltà diagnostiche che possono insorgere fra polimiosite e *miastenia*. Il caso di Bolaffi, che per vari mesi presentò una sindrome miastenica e soltanto in un secondo tempo si arricchì dei segni della polimiosite, dimostra quale somiglianza di quadro clinico possano presentare, almeno per un certo periodo, queste due forme morbose. Nei nostri malati l'astenia, benchè assai marcata, non presentava i caratteri clinici della miastenia. Anche l'esame elettrodiagnostico non metteva in evidenza la caratteristica reazione miastenica.

Non crediamo sia il caso di discutere le *miositi secondarie* a malattie infettive e in particolare a sepsi. Si tratta di solito di forme localizzate, mentre nei nostri malati l'affezione era invece eminentemente sistematica. Quanto alle rare forme di miosite secondaria diffusa, data l'ignoranza in cui noi ci troviamo di fronte all'entità etiologica della forma, non possiamo naturalmente escludere che anche nei nostri casi fosse in causa un agente infettivo. Ma per polimiositi secondarie si intendono quelle in cui l'affezione muscolare insorge nel decorso di una forma infettiva ben determinata. La storia clinica dei nostri infermi e la negatività costante delle emoculture e delle agglutinazioni ci permette di escludere una simile eventualità.

Fra le *miositi specifiche* merita di essere ricordata quella luetica, che determina di solito forme circoscritte. L'interessamento generale della muscolatura, la negatività delle reazioni sierologiche, la biopsia in un caso, ci permettono di escludere questa forma nei nostri malati.

Infine nel secondo dei nostri pazienti la diagnosi differenziale con la *polineurite* si presentava particolarmente delicata. La compromissione del sistema nervoso periferico era nel nostro paziente documentata dalla presenza di vere paralisi con profonde e precoci atrofie muscolari, dalla dolorabilità alla pressione dei tronchi nervosi, dall'alterazione dei riflessi tendinei e dai disturbi della sensibilità. La malattia si differenziava però dalle polineuriti pure, per il suo modo di insorgenza, per il decorso e principalmente per la partecipazione della musculatura al processo morboso: nel nostro malato infatti la malattia esordì con la comparsa di chiazze di eritema ed edema a tipo nettamente infiammatorio, localizzate nei primi giorni al viso ed in particolare alle palpebre, sede questa abituale delle prime manifestazioni cutanee della polimiosite. Le alterazioni a tipo neurotrofico che possono presentarsi nel decorso di una polineurite sono invece tardive e per lo più di modesto grado. Non va dimenticato però che esiste una varietà di polineurite che può presentare fino dall'inizio edemi ed eritema (Strümpell) non differenziabili da quelli della polimiosite. Il nostro malato però presentava un altro sintoma differenziale fondamentale e cioè la partecipazione vasta e precoce della muscolatura al processo morboso; se manifesta infatti era la dolorabilità alla compressione dei tronchi nervosi, la palpazione delle masse muscolari, che in un primo periodo di malattia si presentavano dure e contratte, era anche più dolente. Esisteva cioè una compartecipazione attiva della muscolatura, una miosite acuta, che costituiva il sintoma iniziale e fondamentale della malattia. Riguardo al comportamento dell'esame elettrodiagnostico nel nostro malato, si possono fare due ipotesi: o la reazione elettrica degenerativa era ancora assente nel periodo di malattia in cui è stato eseguito l'esame, che purtroppo non abbiamo potuto ripetere a distanza di tempo per ragioni tecniche; o effettivamente, malgrado i segni clinici evidenti di una polineurite, mancavano le alterazioni qualitative dell'eccitabilità elettrica. Sulla diversità di comportamento che può presentare l'esame elettrodiagnostico nella dermatoneuromiosite è già stata richiamata l'attenzione: mentre in alcuni casi i disturbi qualitativi dell'eccitabilità elettrica sono evidenti (Meyersohn e Shitomirskaja), altre volte invece sono state osservate solo delle variazioni quantitative. Questa diversità di comportamento troverebbe la sua spiegazione nel fatto che nelle dermatoneuromiositi il tronco nervoso non verrebbe sempre compromesso nella sua totalità, ma le alterazioni avrebbero talvolta una distribuzione parcellare e nel complesso sarebbero meno gravi e diffuse che nelle polineuriti pure (Gowers).

Decorso. Mentre il primo dei nostri casi ha seguito l'andamento abituale della polimiosite, che è quasi di regola mortale, il secondo ci sembra notevole per la benigna evoluzione. Tanto più notevole per la subitaneità con cui si è avuto il mutamento del decorso, che da assai grave e ormai apparentemente fatale,

quasi di colpo ha completamente mutato verso il rapidissimo miglioramento e la guarigione clinica.

Sistemazione nosografica. — Abbiamo già accennato al principio di questo lavoro, che ben poche malattie presentano una tale varietà di denominazione come quella che ci interessa. Di fronte alla ignoranza dei fattori etiologici e patogenetici in cui ci troviamo, soltanto il criterio sintomatologico permette l'inquadramento della forma morbosa; ma è tale il polimorfismo che la malattia può presentare che le più varie denominazioni possono di volta a volta essere legittimate.

Non abbiamo che da scorrere la letteratura per trovare i più diversi nomi: « polimiosite acuta » (Wagner), « polimiosite progressiva », poi « dermatomiosite » (Unverricht), « pseudotrichinosi » (Hepp), « dermatomucomiosite » (Oppenheim), « neuromiosite » (Senator). Ogni denominazione rispecchia una particolare sintomatologia evidente in particolari casi. Come i più vari nomi, così molte classificazioni sono state proposte e si son voluti formare dei gruppi seguendo criteri sintomatologici e di decorso. Ma ben poca fortuna hanno avuto questi tentativi; la cui colpa principale è di voler generalizzare dati tratti da poche e dissimili osservazioni.

Noi non vogliamo certo peccare dello stesso difetto. Crediamo assai più opportuno fare uso della denominazione più larga di « polimiosite », salvo a specificare nella enunciazione diagnostica di ogni caso, i sintomi predominanti. È così che noi diremo il nostro primo caso « polimiosite, tipo dermatomiosite subacuta » e il secondo « polimiosite, tipo dermatoneuromiosite acuta ».

RIASSUNTO

L'A. riferisce due casi di polimiosite acuta; ne prende in esame la diagnosi differenziale; ne ascrive uno al tipo dermatomiosite, l'altro al tipo dermatoneuromiosite.

BIBLIOGRAFIA.

ADLER: Dtsch. med. Wschr., *10*: 232, 1894.
BOLAFFI A.: Min. Med., *7*: 303, 1929.
DIETSCHY R.: Z. klin. Med., *64*: 378, 1907.
GOWERS: citato da SEGA.
HEPP P.: Berl. klin. Wschr., *17*: 297, 1887.
MEYERSOHN T. S. e SCHITOMIRSKAJA V. M.: Wien. Arch. inn. Med., *27*: 405, 1935.
MARINESCO G.: *Malattie dei muscoli* in *Nuovo Trattato di Medicina e Terapia* di Gilbert e Thoinot, U.T.E.T., Torino, 1910.
MOSER K.: In *Handbuch der Neurologie* di Bumke e Foerster, Springer, Berlino, 1935.
OPPENHEIM H.: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, Karger, Berlino, 1923.
ROSENTHAL C. e HOFFMANN H.: Dtsch. Z. Nervenheilk., *80*, 1, 1923.
SCIMONE V. e ANTONIAZZI E.: Policlinico, Sez. Med., *39*: 186, 1932.
SCHULZ R.: Neur. Zbl., *8*: 345, 386 e 412, 1889.
SENATOR H.: Dtsch. med. Wschr., *27*: 550, 1888 e *39*: 934, 1893.
STEINFELD F.: Dtsch. med. Wschr., *23*: 959, 1930.
STRÜMPELL A.: *Trattato di patologia speciale medica e terapia*, Vallardi, Milano, 1928.
SEGA A: *La polimiosite acuta o dermatomiosite*, Cappelli, Bologna, 1926.
UNVERRICHT: Z. klin. Med., *12*, 553, 1887.
WAGNER E.: Dtsch. Arch. klin. Med., *40*: 241, 1887.

TECNICA MEDICA

OSPEDALE ALBERTI IN S. GIOVANNI VALDARNO
Direttore: prof. R. PAZZAGLI.

Il sangue misto (placentare e di circolo) secondo Spirito per le trasfusioni indirette di sangue conservato senza anticoagulanti.

Dott. ENRICO RINALDI
Specialista in Ostetricia e Ginecologia

Nell'ottobre 1938 il prof. Spirito comunicava alla V^a riunione della Società Italiana di Ematologia una sua osservazione da cui risulta che il sangue placentare, proveniente dal tralcio funicolare prima del secondamento, ha uno scarsissimo potere di coagulazione contrariamente a quanto era fin qui ritenuto. Così che, agitando per circa cinque minuti il matraccio in cui si raccoglie, esso forma solo un piccolissimo coagulo rimanendo per il resto perfettamente liquido e non coagulando più mai. Nella stessa comunicazione egli aggiungeva che il sangue, oltre a rimanere liquido a temperatura ambiente, conservava inalterate le sue caratteristiche per 6-7 e più giorni dal prelevamento e poteva ritenersi quindi trasfusibile senza inconvenienti.

Poichè fino a quel momento il sangue placentare era stato usato per le trasfusioni previa aggiunta di anticoagulanti, la comunicazione del prof. Spirito rilevò subito la sua importanza dal punto di vista pratico, giacchè contrariamente a quanto si era fatto prima, si poteva ora ritenere trasfusibile un sangue puro, con una tecnica semplice ed anche di sangue conservato.

Dall'ottobre 1938 nella Clinica Ostetrico-ginecologica di Siena son continuati gli studi

sul sangue placentare. Il prof. Spirito, pochi giorni dopo la comunicazione fatta alla Soc. Italiana di Ematologia, riferiva alla R. Accademia dei Fisiocritici di Siena una sua nuova osservazione e cioè che aggiungendo sangue placentare a sangue di circolo, nella proporzione di 20 su 100, ed agitando il matraccio per cinque minuti primi, anche il sangue misto così ottenuto dava un piccolo coagulo e non coagulava mai più. Si poteva conservare così inalterato e fluido per diversi giorni.

Con tale metodo, che è in piena antitesi con il lavoro assai recente di Goodal Anderson-Altimas e Max Phail i quali affermano che il sangue placentare ha un potere coagulante superiore di 1/3 al sangue normale di circolo, è possibile avere continuamente a disposizione un sangue misto rimasto liquido senza alcuna aggiunta di anticoagulanti, pronto per le trasfusioni o avere un anticoagulante biologico nel sangue placentare conservato.

Ho voluto anch'io determinare la possibilità di uso di questo sangue misto nelle trasfusioni e debbo alla cortesia del prof. Pazzagli direttore dell'Ospedale Alberti in S. Giovanni Valdarno se ho potuto mettere in pratica questo mio desiderio.

Prelevato sterilmente il sangue del funicolo, che può dare da 60 a 150 cc. di sangue, e agitato il matraccio per cinque minuti durante e dopo la raccolta, lo filtravo attraverso garza sterile per privarlo del piccolo coagulo: dopo di che collocavo il sangue placentare in ghiacciaia alla temperatura di + 2° per servirmene al momento del bisogno.

Previo esame dei gruppi sanguigni ho aggiunto a 20 cc. di sangue placentare 120 cc. di sangue normale dello stesso gruppo sanguigno ed ho nuovamente agitato il matraccio per 5 minuti primi. Filtrato una seconda volta il sangue misto ottenuto onde togliere il nuovo coagulo formatosi di peso medio di 1 gr. ho collocato il matraccio in ghiacciaia alla temperatura di + 2°.

Naturalmente, alla donna fornitrice del sangue placentare e al datore del sangue normale, era praticata preventivamente la R. W.

Il sangue così ottenuto era pronto per la trasfusione. Con una semplice siringa di vetro da 300 cc. ho trasfuso direttamente nei casi sotto citati da 250 a 300 cc. di sangue misto. Io ho adoperato il sangue misto fino al 12° giorno dal prelevamento senza inconvenienti e sempre con ottimi risultati come risulta dalla sottoelencata casistica:

Caso I. — M. Angiolo, di a. 39, da Castelnuovo dei Sabbioni, minatore. Entrato in Ospedale il 14 novembre 1938.

Diagnosi: Enorme ematoma della coscia sinistra in sospetto emofiliaco con anemia secondaria gravissima.

Si pratica una prima trasfusione di 250 cc. di sangue misto il 16 novembre 1938, ed una seconda trasfusione il 27 novembre 1938 senza alcun dato clinico degno di rilievo. Miglioramento rapido e notevole. Il 13 dicembre 1938 lascia l'Ospedale guarito.

Caso II. — P. Corrado, di a. 40, da S. Giovanni Valdarno, operaio. Entrato in Ospedale il 21 dicembre 1938.

Diagnosi: Fratture costali multiple ed emotorace.

Una unica trasfusione di 250 cc. di sangue misto è sufficiente per riattivare l'emopoiesi: nessuna particolare reazione alla trasfusione.

L'11 gennaio 1939 lasciò l'ospedale guarito.

Caso III. — M. Pietro, di a. 36, da S. Giovanni Valdarno. Entrato in Ospedale il 23 dicembre 1938.

Diagnosi: Fratture costali multiple ed emotorace.

È un caso analogo al precedente. Una trasfusione di 250 cc. di sangue misto produce un notevole e rapido miglioramento al paziente il quale può esser dimesso, completamente ristabilito, il 12 gennaio 1939 senza che si sia verificato alcun sintoma relativo alla trasfusione.

Caso IV. — T. Luisa, di a. 27, da Bucine, atta a casa.

Diagnosi: Metrorragie imponenti da mola vescicolare ed anemia secondaria gravissima. Entra in Ospedale la sera del 1° gennaio 1939 in condizioni addirittura catastrofiche. Dopo una immediata trasfusione di 250 cc. di sngue misto si ha un lieve miglioramento: tre giorni dopo pratico altra trasfusione di 250 cc. di sangue misto. In nessuna delle due trasfusioni si hanno manifestazioni cliniche degne di rilievo.

La paziente migliora progressivamente e dopo le opportune cure chirurgiche può dimettersi in buone condizioni di salute il 12 aprile 1939.

Caso V. — M. Duilio, di a. 19 da Laterina, operaio. Ricoverato il 5 marzo 1939.

Diagnosi: Frattura esposta dell'omero sinistro, emottisi, ematuria.

Una immediata trasfusione di 300 cc. di sangue misto risolleva meravigliosamente le condizioni generali del paziente il quale può essere dimesso il 22 marzo 1939 in buone condizioni e con l'apparecchio di contenzione al braccio fratturato. La trasfusione è ottimamente sopportata.

Caso VI. — C. Fernanda, di a. 29, da S. Giovanni Valdarno, casalinga. Entra in Ospedale il 15 maggio 1939.

Diagnosi: Gravidanza extra-uterina ed anemia secondaria gravissima. Si pratica immediatamente una trasfusione di 250 cc. di sangue misto, clinicamente ben sopportata, e si provvede all'atto operatorio d'urgenza.

La crasi sanguigna migliora rapidamente e la donna è in grado di abbandonare da sola, completamente guarita, l'Ospedale il 2 giugno 1939.

Caso VII. — F. Isola, di a. 44 da Pergine, casalinga. Entra in Ospedale il 29 maggio 1939.

Diagnosi: Metrorragie gravi da fibroma uterino.

Si trasfondono subito 250 cc. di sangue misto: il miglioramento delle condizioni generali è così rapido che il 3 giugno si può praticare l'isterecto-

mia: nessun sintoma clinico di intolleranza. Si dimette il 15 giugno 1939 completamente guarita.

CASO VIII. — T. Fortunato, di a. 58 da Cavriglia, minatore. Entra in Ospedale il 27 maggio 1939.

Diagnosi: Contusione traumatica gravissima all'emitorace sinistro con frattura dell'VIII, IX e X costa ed emotorace dello stesso lato.

Una trasfusione di 300 cc. migliora le condizioni generali, ed è bene sopportata. Il giorno 11 giugno 1939 egli può abbandonare l'ospedale essendo in piena convalescenza.

È chiaro da quanto riferito che in tutti gli ammalati, cui sono state praticale le trasfusioni, si ebbe sensibile miglioramento sia della crasi sanguigna, sia dello stato generale.

Gli studi sugli effetti della terapia trasfusionale hanno dimostrato che il sangue trasfuso ha un'azione assai più complessa di quella di una semplice sostituzione del sangue perduto e che quindi i buoni servizi resi dalle trasfusioni debbono attribuirsi anche ad altri fattori messi in gioco dalla introduzione del sangue nell'organismo ricevente.

Tali effetti non sono mancati nelle trasfusioni da me praticate con sangue misto.

E poichè i risultati sono stati incoraggianti, con la mia citata casistica ho creduto utile dimostrare che il sangue misto, placentare e di circolo, quale proposto da Spirito, può essere trasfuso senza alcuna preoccupazione, perchè nelle trasfusioni effettuate non ho avuto incidenti o reazioni degne di rilievo quantunque abbia trattato soggetti quasi tutti traumatizzati ed ancora in preda a choc traumatico od emotivo, e da esso si possono trarre vantaggi non trascurabili. Il miglioramento dovuto alle trasfusioni di sangue misto è stato notevole in tutti i casi citati anche in quelli in cui furono adoperate piccole quantità.

Il sangue misto rimane inalterato fino al 12° giorno dalla raccolta e forse anche oltre.

Ci rimane ancora sconosciuto il meccanismo per cui il sangue placentare abbia così scarso potere di coagulazione e la causa per cui trasmette questa sua proprietà al sangue di circolo.

Spirito pensa che ci siano, nel sangue placentare, variazioni dei suoi normali componenti ma più di ogni altro che esistano in questo sangue nuovi elementi in rapporto allo speciale metabolismo della placenta stessa.

Comunque, sta di fatto che, come le mie esperienze dimostrano, il sangue misto, risponde perfettamente nella pratica delle trasfusioni permettendo di trasfondere un sangue puro, mantenuto senza sostanze anticoagulanti di natura chimica, anche a molti giorni di distanza dal suo prelevamento.

Ed è a credere che questa constatazione avrà per l'avvenire una importanza pratica grandissima per la grande utilità che può dare in pace e in guerra, in centri grandi o piccoli perchè si potrà avere in tal modo a disposizione il sangue puro da trasfondere opportunamente raccolto in boccette e pronto in qualsiasi momento per l'uso.

RIASSUNTO.

L'A. ha trasfuso ripetutamente, in casi con diverse indicazioni cliniche, sangue conservato incoagulato mediante l'aggiunta del 10 % di sangue placentare (metodo Spirito). I risultati ottenuti dimostrano la possibilità di una più larga utilizzazione pratica di questo metodo di trasfusione indiretta.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

Disturbi gastro-intestinali da tossiemia per infezione focale.

(M. SOLIS-COHEN. *Review of Gastroenterology*, marzo-aprile 1940).

I germi che penetrano nel corpo trovano varie linee di difesa; il fatto stesso che essi invadono l'organismo non significa che lo infettino. Per aversi infezione, è necessario che i germi siano capaci di stabilirsi, moltiplicarsi ed agire; se diminuisce la resistenza generale o quella locale, i germi possono determinare una infezione attiva locale, la quale può poi dileguare o rimanere cronica. Non bisogna però ritenere che un'area circoscritta di tessuto infetto con germi patogeni possa ritenersi un focolaio d'infezione; questo non consiste nel tessuto infetto, ma nei germi infettanti che lo abitano e determinano un'infezione che, salvo per quelle dentali, non è mai strettamente localizzata. La presenza di un focolaio d'infezione, poi, non costituisce un'infezione focale, per la quale sono necessari molti fattori, che influenzano la virulenza del germe o la resistenza dell'organismo.

L'infezione focale può produrre una malattia organica nei vari sistemi del corpo, sia per opera dei germi sia per quella delle loro tossine. È però difficile provare scientificamente nel caso singolo, l'esistenza di un'infezione focale, per cui la dimostrazione clinica è data dal parallelismo dei fatti clinici con quelli del focolaio (per esempio, miglioramenti in seguito all'ablazione del focolaio od alla cura vaccinica).

L'origine tossiemica di disturbi organici può essere sospettata quando le comuni cure non valgono a farli scomparire od attenuare, quando scompaiono in seguito all'uso di vaccini od all'ablazione del focolaio, mentre peggiorano se il vaccino è somministrato in dosi troppo forti.

Il gruppo più prominente di sintomi di tossiemia batterica è dato dall'astenia, in genere, ivi comprese la sonnolenza la mancanza di energia, la stanchezza, l'indolenza (spesso ritenuta come pigrizia), la mancanza di decisione, la deficienza di memoria, i terrori notturni, la denutrizione, le vertigini e, specialmente nei bambini, gli attacchi di acidosi con vomito ciclico.

Un altro gruppo di sintomi simula il reumatismo, un altro le malattie cardiache o la tubercolosi polmonare, oppure dei sintomi nervosi di vario genere.

Nel sistema digerente, sono state dimostrate da vari studiosi le infezioni focali come causa di malattie organiche, quali gastrite, appendicite, ulcera peptica, colecistite, colite ulcerativa cronica, ecc. Parecchi dei così detti disturbi funzionali del tratto digerente non sono altro che manifestazioni di tossiemia batterica, originantesi da un focolaio d'infezione, spesso misconosciuto.

È ovvio che, prima di diagnosticare una tossiemia batterica in presenza di sintomi digestivi sospetti, sarà necessario un esame completo del tratto gastro-intestinale. Fra i sintomi ad essa attribuibili sono: anoressia, nausea, vomiti, pirosi, dolori gastro-intestinali, spasmi intestinali con costipazione spastica, colite mucosa, aerofagia, flatulenza. Alcuni l'ammettono come causa di achilia gastrica, atonia dello stomaco, pilorospasmo. Fra i vari sintomi, che possono condurre a diagnosi errate e che dipendono spesso da tossiemia batterica, è da menzionare la neuralgia parietale, che in molti casi può simulare un attacco di colecistite.

Prima prescrizione terapeutica è l'estirpazione del focolaio infettivo, con l'apertura ed il drenaggio delle cavità infette. Non sempre, però, si ottiene in tal modo l'effetto desiderato; i germi possono persistere nel punto operato, oppure possono esservi altri foci; talvolta, quando le condizioni di resistenza del paziente sono molto affievolite, si può addirittura avere un peggioramento della situazione. Meglio, quindi, far precedere, in questo caso, l'operazione dal vaccino il quale, per le sue proprietà batteriche e neutralizzanti aiuterà l'organismo a combattere l'infezione; l'operazione ed il drenaggio del focolaio compiranno poi l'opera.

Per l'identificazione del germe, l'A. consiglia di strusciare un po' della sostanza sospetta al fondo di un tubo da coltura, in cui si introducono poi pochi cmc. di sangue del paziente; si svilupperà così il germe che è più adatto a vivere nel sangue del paziente. Il vaccino si prepara, poi, con il brodo stesso di coltura, che contiene anche le tossine solubili del germe. La dose varia da 1 a 2 bilioni di germi, fino ad 1 trilione, secondo la sensibilità del paziente e le reazioni, che si manifestano. Tenuto conto che scopo della vaccinoterapia è quella di stimolare la produzione di anticorpi, è opportuno usare delle dosi elevate, da ripetersi ogni 5 giorni. La durata del trattamento varierà da qualche mese a qualche anno. I risultati sono generalmente favorevoli. La vaccinoterapia è l'unico metodo che possa avere effetto in caso di foci inaccessibili od in presenza di foci secondari. *fil.*

La diagnosi dei disturbi proctologici all'ambulatorio.

(A. L. REICH. *Rev. of gastroenterology*, marzo-aprile 1940).

Il paziente si presenta all'ambulatorio del proctologo (la proctologia costituisce agli Stati Uniti una vera specialità) per dei disturbi ben definiti. Quasi sempre riferisce di avere delle emorroidi, aggiungendo spesso che sono sanguinanti o pruriginose, oppure dolenti. Il prurito anale esige una minuziosa ricerca della causa, non sempre coronata da successo e l'A. non se ne occupa qui.

Spesso, poi, il paziente per nascondere la sua preoccupazione aggiunge delle particolarità per spiegare i disturbi che accusa: gli errori dietetici, la vita sedentaria, un cambiamento di abitudini nelle defecazioni, costipazione, diarrea, crampi, ecc. La presenza di « qualche cosa » che sporge dall'ano porta il paziente dal medico soltanto se esso ne risente disturbi. Più raramente si ha una storia di un trauma al retto ed, in tal caso, sarà necessario un esame molto accurato per la possibilità di perforazione delle pareti intestinali.

Il primo disturbo, che attira la nostra attenzione, è l'emorragia. È necessario anzitutto stabilire il colore del sangue emesso; se esso è nettamente rosso, si tratta di emorragia in una sezione bassa dell'intestino; non bisogna però dimenticare che la diverticolite del Meckel può pure dare del sangue rosso e la diagnosi spesso non è possibile che con una serie di radiografie o con la laparatomia esplorativa.

Il colon discendente e la parte alta del sigma possono essere la sede dell'emorragia. L'A. riporta il caso di una donna di 55 anni che si è presentata a lui molto preoccupata per una profusa emorragia rettale, che attribuiva ad emorroidi; l'esame locale dimostrò che queste erano del tutto trascurabili; nulla all'esame dell'ano e del retto e nemmeno all'introduzione del sigmoidoscopio per 25 cm. circa. Il clistere di bario dimostrò un difetto del colon

discendente; la diagnosi di carcinoma di questa porzione venne poi confermata dall'operazione.

Alle volte il sangue, pur provenendo dalle parti basse, è di colore scuro perchè commisto con materiale fecale diarroico, o con muco o pus da infezione secondaria. L'esame digitale e l'applicazione del proctoscopio chiariranno la diagnosi.

Una causa importante di emorragia rettale, spesso tanto grave da dare una sincope, è l'adenoma del retto, che è il tumore rettale più benigno. Si osserva nei bambini e frequentemente negli adulti; l'A. ricorda il caso di un robusto birraio di 50 anni, presentatosi da lui per una grave emorragia rettale, che gli aveva dato una sincope; l'esame locale rivelò la presenza di un adenoma solitario grosso quanto una nocciuola, situato a circa 10 cm. sopra l'ano; l'applicazione dell'ansa elettrica liberò rapidamente il paziente dal disturbo. L'asportazione dell'adenoma è necessaria anche per la possibile trasformazione in tumore maligno.

Più raramente, l'emorragia rettale con dolori addominali e disturbi digestivi è dovuta ad altre cause; l'A. cita il caso di una ragazza di 21 anni con una estesa poliposi, che dava l'impressione di una strada acciottolata di cui l'esame radiologico dimostrò l'estensione fino al cieco. Venne praticata una colectomia completa, con escissione del retto e dell'ano; l'esame istologico dimostrò che alcuni polipi erano già in preda a degenerazione maligna.

La causa dell'emorragia rettale può risiedere in malattie della mucosa (colite, proctite) che si riconoscono all'esame proctoscopico; ci si deve guardare dall'attribuire l'emorragia ad emorroidi quando vi siano alterazioni della mucosa. Il successo della cura dipende essenzialmente dallo stabilire la causa dell'infiammazione (meccanica, rimedi, infezioni, parassiti) per cui sono spesso necessari reiterati esami di laboratorio.

Un'altra causa di emorragia rettale con stenosi è data dalla linfogranulomatosi, riconoscibile all'esame e con la nota reazione di Frei. Il trattamento locale non è sempre coronato da successo; talvolta è necessaria la colostomia od anche la resezione; pare che possa dare buoni risultati la sulfanilamide.

La causa più comune dell'emorragia rettale è indubbiamente data dalle emorroidi interne od esterne, che vanno quindi trattate con i metodi adatti.

Un'altra causa dell'emorragia è costituita dalla ragade o dall'ulcera anale, in cui però l'emorragia passa in seconda linea di fronte al dolore. Il paziente ha un vero terrore per la defecazione, che gli provoca un vivo dolore che dura per 1-2 ore dopo. All'esame si rileva uno spasmo dello sfintere; la presenza di una emorroide-sentinella o di un lembo cutaneo a cappuccio è quasi patognomonica dell'ulcera; spesso lo strato sottocutaneo dello sfintere esterno ha assunto un grande sviluppo e forma come un anello protettivo dell'ano. Aprendo delicatamente le pieghe, si arriva a scoprire la ragade sanguinante, oppure un'ulcerazione cronica; questa possiede margini sopraelevati, non dermizzati ed inspessiti; vi si vede spesso una gocciolina di pus, che indica la presenza di un tragitto fistoloso. La posizione più comune è alla parte posteriore, ma può trovarsi anche all'anteriore.

Il dolore, associato ad un'improvvisa tumefazione da uno o dall'altro lato dell'ano indica generalmente un'emorroide esterna trombosata, che si rivela subito all'esame. Comunque, per quanto doloroso, non si deve trascurare in queste circostanze un completo esame rettale per escludere altre possibili cause. In qualche caso, invece della trombosi, si tratta di un ascesso marginale; all'apertura di esso, si deve andare alla ricerca dell'eventuale tratto fistoloso.

Un dolore forte, che dura da parecchi giorni, con estrema dolorabilità locale ed impossibilità di trovare una posizione adatta indica un ascesso ischio-rettale e la diagnosi è confermata dal reperto di un'area perianale ad estrema dolorabilità con pelle tesa ed assottigliata, di colore rosso o porporino; la sola terapia è quella chirurgica.

Un dolore che sorge improvvisamente e dura, dando l'impressione di una coltellata, nella regione anale può essere dovuta ad un corpo estraneo ingerito e localizzatosi nel retto; l'A. ha veduto casi del genere di un collega (in cui trovò un pezzo di fuscio d'aragosta di oltre un centimetro) e di una donna che si lamentava di emorroidi, mentre potè estrarre dal retto un osso lungo circa 4 cm. e grosso 8 mm.

Non sempre il dolore al retto è acuto; talvolta il paziente accusa dolore, ma si tratta piuttosto di un senso di peso, di indolenzimento, di formicolìo. All'esame, si trova un ano rilasciato, con papille ipertrofiche; spesso, si ha una cripta infiammata. In questi casi, il trattamento medico può dare qualche miglioramento temporaneo, ma la cura permanente si ottiene soltanto con l'escissione.

Un'altra condizione che non determina un dolore acuto è l'ascesso rettale sottomucoso; vi può essere una storia precedente di diarrea, con dolore e spasmo dello sfintere; temperatura settica. Talvolta è necessaria l'anestesia per arrivare ad una diagnosi. L'A. ricorda il caso di una ragazza, che accusava soltanto un senso di peso al retto e notava che, per prendersi la temperatura rettale, doveva introdurre il termometro in direzione angolare. In un altro caso, si trattava di una donna che aveva come unico segno una temperatura a tipo settico; essa riferiva che, avendo avuto un ritardo nelle mestruazioni aveva tentato di provocare l'aborto introducendosi uno stuzzicadenti

in vagina ed aveva evidentemente punto la parte vaginale invece dell'utero.

I traumi al retto non sono comuni, ma offrono talvolta seri problemi diagnostici. L'A. riporta il caso di una ragazza di 19 anni, caduta da una scala a piuoli sopra un manico di scopa. Viene portata all'ambulatorio, in stato di estremo pallore, con un aspetto di gravi condizioni. L'ano si presentava rilasciato, tinto di sangue, con libera uscita di gas; nulla all'esplorazione digitale, ma con l'anoscopio si vede una lacerazione nella parete anteriore del retto. Alla radioscopia, si vede dell'aria fra la cupola del fegato ed il diaframma. Si pratica la laparatomia, che dimostra la presenza di una lacerazione del peritoneo retto-vescicale.

L'A. esamina poi la questione della costipazione dal punto di vista dell'esame del retto. Una causa comune di essa va ritenuta risiedere nello spasmo dello sfintere da ragade od ulcera anale. Altre cause di ostruzione sono le stenosi, la sovrabbondanza ed il prolasso della mucosa ed i neoplasmi. Associata con la sovrabbondanza della mucosa non è raro trovare, all'esame sigmoidoscopico, l'invaginazione del sigma nel retto.

Quando la causa della costipazione è un neoplasma, non è senz'altro da intendersi che esso sia di natura maligna. Alle volte questo è in posizione tale da sfuggire facilmente, come è stato il caso di una donna di 38 anni, ricorsa all'A. per una costipazione ostinata; purganti e clisteri rimanevano inefficaci. All'esame proctoscopico, si vedeva il retto inzeppato da masse fecali della grossezza di una nocciuola, per l'estrazione delle quali occorse un'ora al proctoscopio. Fu allora possibile avvertire con l'esplorazione digitale un carcinoma della parete anteriore del retto, dietro alla valvola di Houston che, a causa della posizione nascosta era sfuggito ai medici che avevano visitata precedentemente la malata ed avevano diagnosticata una colite. *fil.*

RADIOLOGIA.

La diagnosi radiologica della protrusione intraspinale dei dischi intervertebrali mediante olio radio-opaco.

(J. D. Camp. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 2 dicembre 1939).

Fin da quando Mixter e Barr nel 1934 hanno richiamato l'attenzione sulla protrusione dei dischi intervertebrali come causa di dolori lombari e di sciatica numerosi lavori sono comparsi su questo argomento. Dencher e Love hanno dimostrato che i segmenti protrusi sono composti di fibrocartilagine, di porzioni di nucleo polposo e occasionalmente di residui della notocorda. Questi elementi non sono opachi ai raggi, quindi è necessario usare un mezzo di contrasto per vederli.

I mezzi usati sono diversi: lipiodol, abrodil aria, ossigeno, diossido di torio colloidale. Ognuno di essi ha dei vantaggi e degli inconvenienti.

Il mezzo più innocuo è l'aria ed è bene prima di ogni altro servirsi di questo mezzo di contrasto. Se il risultato non sarà stato probativo, si ricorrerà al lipiodol che dà immagini più dettagliate.

La quantità da usare va da 0,20 a 5 cc. Spesso ne bastano 2 cc. soli, ma non sempre, specialmente se i dischi protrusi sono parecchi. La tecnica, è quella solita della puntura lombare.

La deformazione dell'ombra dell'olio iodato prodotta dalla protrusione è influenzata dalla posizione e dalle dimensioni della protrusione, dall'associazione di ipertrofia del legamento giallo, dalle modificazioni delle radici nervose (spostamento, edema) e dalle variazioni anatomiche del cul di sacco.

Solo raramente la protrusione è situata nella porzione anteriore del canale spinale; nella maggioranza dei casi è situata su un solo lato della linea mediana.

Circa nell'11 % dei casi le dimensioni della protrusione sono tali da dare ostruzione parziale, mentre solo nel 2,5 % dei casi c'è ostruzione completa. Nel 35 % dei casi c'è deformazione bilaterale.

L'ipertrofia del legamento giallo è rara senza protrusione del disco, mentre è frequentemente associata a questa. C'è una concordanza fra dimensioni della protrusione e grado dell'ipertrofia. In questo caso l'olio iodato è compresso anteriormente dal disco protruso e posteriormente e lateralmente dal legamento giallo ipertrofico.

L'A. ha studiato 203 casi in cui era stata fatta la diagnosi radiologica di protrusione dei dischi intervertebrali. In tutti i casi fu fatta la laminectomia, ma solo in 194 fu confermata la diagnosi dal chirurgo. In un caso non fu trovata nessuna lesione che potesse spiegare la deformazione dell'ombra da lipiodol, in otto casi la lesione era diversa dalla protrusione del disco e si trattava quindi di errore di interpretazione (si trattava di aracnoidite cronica, di frattura della XII dorsale, di tumori vascolari, di varici, di ipertrofia del legamento giallo, di neurofibroma).

Fu trovata dal chirurgo protrusione del disco in sette casi in cui l'esame radiologico era stato completamente negativo e si trattava di protrusione in corrispondenza della congiunzione lombo-sacrale. C'è qui una ragione anatomica che può spiegare l'errore: qui il canale spinale è relativamente largo e il diametro del sacco caudale può essere piccolo a causa della sua terminazione fusiforme.

Riassumendo nel 92,3 % dei casi l'esame radiologico ha permesso una diagnosi precisa.

L.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

M. MAZZEO. *Igiene rurale.* Un vol. in-16° di pagg. 316. Ediz. della Rassegna internazionale di clinica e terapia, Napoli, 1939. Lire 14,50.

Il volume del prof. Mazzeo, direttore dell'Istituto di igiene dell'Università di Palermo, pure in piccola mole, tratta una materia più vasta di quella indicata dal semplice titolo. È tutto il problema della ruralità che egli considera, occupandosi con una certa larghezza anche della patologia del rurale e dell'assistenza sanitaria con l'organizzazione delle mutue, il servizio medico, ecc. Nella parte più propriamente dedicata all'igiene, considera la casa rurale con i relativi annessi, i ricoveri animali, le concimaie, l'alimentazione, ecc.

Questo manuale pratico, ricco di dati, che viene in buon punto in questo periodo di amorosa attenzione rivolta alla classe rurale, merita larga diffusione. *fil.*

I. COURMONT, CH. LESIEUR, A. ROCHAIX. *Précis d'Hygiène.* V.eme édition entièrement refondue par A. ROCHAIX. 1 vol. di 1000 pp. con 212 fig. Masson et C.ie, Éditeurs, Paris, 1940. $ 3,20.

Il classico manuale d'igiene di J. Courmont, apparso nel 1914, con la collaborazione di Ch. Lesieur e A. Rochaix è arrivato alla sua V edizione.

In questa recentissima veste, che pur nell'accresciuta mole conserva l'aspetto ed i pregi di un agile compendio, A. Rochaix, successore anche nella cattedra di Lione ai primi due AA., ha notevolmente modificato testo e disposizione della materia, conformando il tutto ai problemi di maggiore attualità.

Si tratta dunque, più che di una ennesima edizione, di un libro meritatamente fortunato, di un'opera sostanzialmente nuova.

Non si può dar torto a questa volontà rinnovatrice dell'A., quando si pensi che le questioni di demografia, con particolare riguardo ai problemi dello spopolamento, hanno assunto in Francia un'importanza ben maggiore che in passato.

Altri capitoli completamente rifatti ed aggiornati sono quelli consacrati all'igiene alimentare, all'abitazione, all'igiene urbana e del lavoro.

Anche i progressi nelle concezioni epidemiologiche più recenti trovano la loro nota precisa di aggiornamento nei capitoli dedicati alle malattie infettive e parassitarie, con particolare riguardo alla loro profilassi in rapporto alla legislazione internazionale.

L'ultima parte del volume è dedicata alla lotta contro i flagelli sociali: tubercolosi, malattie veneree, cancro, reumatismo, profilassi mentale, alcoolismo. Sono capitoli densi, che saranno letti dai medici e dagli igienisti con grande interesse, per le vitali considerazioni riassuntive che se ne possono trarre.

In conclusione, le nuove aggiunte e i rifacimenti apportati dal Rochaix nulla hanno tolto ai pregi dell'antico apprezzatissimo manuale di J. Courmont, ma anzi al classicismo delle passate edizioni si è aggiunta, in questa nuovissima, una indispensabile nota di equilibrato e lucido modernismo.

L'edizione di questo « précis » si presenta editorialmente in quella veste elegante, che da qualche tempo caratterizza anche la produzione medico-libraria francese.

A. ALESSANDRINI.

ISTITUTO DI SANITÀ PUBBLICA. *Rendiconti.* Un vol. in-8° di 380 pagg. con figg.

In questo fascicolo, che è la II parte del volume II dei « Rendiconti », troviamo anzitutto le tre interessanti conferenze tenute nella sede stessa dell'Istituto, dai proff. Spolverini, Bondoni e Schilling, rispettivamente su: « Le malattie di cuore quale pericolo sociale dal punto di vista pediatrico »; « I meccanismi della cancerogenesi »; « Immunizzazione contro la malaria ». Questa bella iniziativa delle conferenze, dovuta allo stesso direttore, prof. Marotta, raccoglie l'incondizionato plauso di tutti gli studiosi, che vi accorrono sempre più numerosi.

Nel volume, troviamo poi molti pregevoli lavori compiuti nell'Istituto stesso: sulle sostanze alimentari, sulla malaria, sulle elmintiasi, sui disinfettanti, sui topi, su ricerche farmaceutiche o di chimica pura. Un argomento di piena attualità in questo periodo di tendenze autarchiche è quello trattato da E. Vacino sulla sostituzione con altri materiali del ferro per le condutture per acque potabili, che è già entrata nella pratica.

Un complesso di 22 lavori che dimostrano l'operosa attività dell'Istituto. *fil.*

TRACHTE. *Ueber Notwendigkeit, Begründung und Rechtfertigung einer grundlegenden Aenderung der Verpflegung in Klinik und Krankenhaus und ihre Durchführung.* Un volume in-16° di pagg. 48, cartonato. G. Thieme, Lipsia, 1939. RM. 1,80.

Nello stesso interesse dei malati, nonchè delle amministrazioni, l'assistenza ospedaliera va modificata in modo da soddisfare al massimo le esigenze mediche, riducendo al minimo lo sciupìo. Questo, il concetto del piccolo libro, dal lunghissimo titolo.

L'A., pertanto, presenta una serie di proposte per una nuova tecnica assistenziale, di cui i capisaldi sono l'introduzione di dispositivi e di macchine adatte, la suddivisione razionale dei servizi dell'esercizio ospedaliero e l'utilizzazione di un personale bene addestrato, introducendo anche delle modificazioni amministrative. *fil.*

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Malaria simulante sindromi acute chirurgiche dell'addome.

Molti chirurghi sono a conoscenza di febbri post-operatorie come conseguenza di una affezione malarica latente risvegliata dal trauma operatorio stesso, meno note sono invece le forme di malaria che simulano delle affezioni chirurgiche addominali. Nel 1930 Castellani pubblicò una classificazione delle forme atipiche della malaria nelle quali incluse le seguenti: 1) sindrome appendicolare; 2) sindrome colecistitica; 3) sindrome pancreatica acuta; 4) sindrome peritonitica; 5:) febbre postoperatoria; 6) malaria simulante un ascesso epatico, ecc. Dopo di lui molti altri AA. hanno ripreso il tema in oggetto e lo hanno trattato nei testi di medicina tropicale. R. A. Daniel (*Ann. of Surg.*, vol. III, marzo 1940) ha avuto modo di studiare 9 casi del genere su un complesso di 266 casi di malaria ricoverati nell'Ospedale della Vanderbilt University durante 13 anni. Sui nove casi osservati non vi era febbre alta e rigidità addominale altro che in 3 di essi, raramente presenti anche i segni di una epato e spleno-megalia; d'altra parte vi era in 8 casi una notevole leucopenia che indirizzò alla diagnosi di malaria. L'esame di sangue in goccia spessa eseguito il più presto possibile e immediatamente dopo un accesso di brivido e anche una inattesa improvvisa elevazione della temperatura hanno consentito di porre in 5 casi la diagnosi di malaria. Non si deve però dimenticare che affezioni chirurgiche acute dell'addome e malaria possono coesistere viene a questo proposito dall'A. riferito un caso in cui non cedendo i sintomi ad una intensa terapia antimalarica, praticata una laparatomia si trovò un'ulcera duodenale perforata e una peritonite localizzata. Dei casi riportati dall'A. 7 avevano la terzana e nel sangue fu ritrovato il Plasmodium falciparum.

A. DORIGO.

Un caso di tubercolosi congenita.

J.-J. Gournay e M. Regnard (*Paris méd.* 3-10 febbraio 1940) riferiscono un caso, in cui tutti i fatti depongono per l'origine congenita della tubercolosi. Una donna tubercolosa partorisce spontaneamente in periodo agonico. Il neonato, del peso di 1800 grammi, viene immediatamente allontanato dopo il taglio del cordone ed isolato in un cubicolo alla Maternità, in un ambiente perfettamente sicuro dal punto di vista della tubercolosi, poichè fra l'altro il personale viene esaminato clinicamente e radiologicamente ogni 3 mesi.

Dopo qualche settimana di sviluppo normale, la cuti-reazione del bambino diventa positiva, si manifesta della febbre e lo stato generale deperisce; l'esame radiologico dimostra la lesione progressiva del parenchima polmonare. Dopo tre mesi, il bambino muore.

All'autopsia, si trova predominanza delle lesioni nei visceri addominali, specialmente al fegato ed alla milza, con adenopatie mesenteriche, il che sta ad indicare un'invasione per la via ombelicale.

Sebbene, non sia stata provata (e nemmeno praticata la ricerca) la bacillemia o l'ultravirusemia della madre, i fatti clinici ed i rilievi anatomo-patologici permettono, in questo caso, di affermare che il contagio di questo bambino si è fatto per via ombelicale e che la tubercolosi di cui è morto era di origine transplacentare.

fil.

Spirochetosi ittero-emorragica e febbre tifoide susseguentesi nello stesso malato.

C. Cantieri (*Riforma med.*, 3 febbraio 1940) riferisce il caso di un ragazzo di 12 anni ammalatosi con febbre elevata, dolori muscolari ed adenopatia inguinale; la febbre e gli altri fatti morbosi scompaiono dopo circa 5 giorni. Ricerca biologica della leptospira nel sangue positiva, mentre sono negative le sieroreazioni per il tifo e paratifi.

Dopo 12 giorni di apiressia, si ha un improvviso rialzo febbrile fino a 40° ed oltre e si inizia un nuovo periodo febbrile a tipo continuo; in sesta giornata di tale periodo, la sieroreazione per il tifo è positiva a 1/200, come pure risulta positiva l'emocultura per il tifo. La malattia ha un decorso molto grave per l'insistenza dello stato febbrile elevato e la partecipazione dello stato generale neuro-vascolare. Al periodo di 19 giorni di febbre continua assai elevata, ne segue un altro di circa 7 giorni largamente remittente, intervenendo poi l'apiressia.

L'osservazione è indubbiamente interessante, perchè si connette con la questione delle associazioni microbiche nelle leptospirosi e si riallaccia al concetto dei « microbi di sortita » nelle leptospirosi, sperimentalmente studiata da Sanarelli. E sarebbero proprio tali « microbi di sortita », che aggravano l'ittero nella sua intensità e nelle sue conseguenze, mentre la spirochetosi di per sè stessa non è mortale nell'animale.

Nel caso dell'A., si tratta di due vere e proprie infezioni distinte, ognuna delle quali decorre col suo quadro clinico tipico e con i suoi caratteri biologici.

fil.

Studi sulla causa di morte nel tetano.

Sulla base di numerose ricerche sperimentali W. Firor, A. Lamont e H. Schumacker (*Ann. of Surg.*, vol. III, febbraio 1940)

arrivano alle seguenti conclusioni: 1) una piccola frazione di una dose letale di tossina tetanica posta in un'area non vitale del sistema nervoso centrale provoca la morte; 2) una eguale dose di tossina posta in altro organo del corpo non provoca la morte; 3) la causa principale della morte non è l'alterazione metabolica conseguente allo spasmo muscolare costante; 4) il fattore letale non viaggia lungo il midollo spinale; 5) la morte non può essere attribuita alla moltiplicazione della molecola della tossina tetanica; questo fatto ha portato gli AA. a pensare che la tossina tetanica nella midolla spinale è alterata intimamente e libera un diverso agente letale che, trasportato verso i centri vitali, ivi provoca i suoi letali effetti. Ciò è evidente dal fatto che: 6) l'agente letale non è neutralizzato dall'antitossina tetanica; 7) che l'agente letale agisce principalmente sul centro respiratorio; 8) che l'azione letale di questa nuova sostanza può essere esaltata per mezzo degli agenti depressivi respiratori, il che comporta delle applicazioni in clinica.

A. DORIGO.

Nuova incisione nel trattamento del patereccio.

Un nuovo metodo per la cura chirurgica del patereccio viene illustrato da J. J. Weiner (*Annals of Surgery*, vol. III, gennaio 1940) il quale, partendo dal concetto che le comuni incisioni non riescono mai a domare interamente e rapidamente la suppurazione delle parti molli o dell'osso stesso, suggerisce la tecnica seguente: in anestesia generale, distacco dell'unghia e matrice; incisione ad U. dorsale con branche rivolte prossimalmente; sollevamento in blocco del tessuto cellulare compreso l'osso e apertura dello spazio chiuso anteriore. Se esistono segni di osteomielite si tronca l'estremità dell'osso e si zaffa con garza iodoformica, praticando successivamente impacchi di soluzione borica.

L'A. illustra 4 casi così trattati, mettendo in rilievo i buoni e rapidi risultati ottenuti con la via posteriore per la rigenerazione regolare ossea e ungueale, assenza di cicatrici deturpanti sul polpastrello senza alterazione della sensibilità tattile.

CAPONE-BRAGA.

LABORATORIO

Sulla ricerca dei pigmenti biliari nelle urine: applicazione di un nuovo metodo.

G. Maini (*Giorn. di Clin. med.*, 10 aprile 1940) ha confrontato i risultati della reazione di Béla v. Puryesz per la ricerca dei pigmenti biliari nelle urine coi metodi di Gmelin, Gmelin-Rosembach, Trousseau, Obermeyer-Opper e Marechal e quella di Hamnarsten.

In 35 campioni di urine di soggetti sani (con diazoreazione di v. d. Bergh negativa nel sangue) ha trovato che solo la reazione di Hamnarsten e quella di v. Purgyesz hanno dimostrato in modo sicuro l'assenza dei pigmenti, mentre cogli altri metodi c'erano da 6 a 10 campioni che presentavano una reazione che poteva trarre in inganno anche un provetto esaminatore.

La reazione zonale col metodo di Gmelin e Gmelin-Rosembach si era avuta in urine contenenti indacano.

Un secondo gruppo di osservazioni è stato fatto dall'A. su 112 campioni di urine o itteriche nettamente o scarsamente itteriche o solo sospette di contenere pigmenti biliari. Nelle urine nettamente itteriche (19 campioni) e in quelle parzialmente itteriche (34 campioni) la reazione è stata positiva con tutti i metodi.

Nelle urine lievemente itteriche (32 campioni) in tutti è stata positiva la reazione di v. Puryesz, come pure quella al brillant-cresylblau e al bleu di metilene, mentre alcune reazioni dubbie o negative si ebbero cogli altri metodi.

Su 27 campioni di urine sospette di contenere tracce di pigmenti biliari si ebbero 25 reazioni positive col metodo di v. Puryesz, molto meno cogli altri e un successivo esame del siero di sangue ha dimostrato che nei 25 malati che avevano dato reazione positiva c'era bilirubinemia aumentata.

Il metodo di v. Puryesz è quindi il più sensibile nella ricerca dei pigmenti biliari. Esso non è influenzato nè dalla presenza di albumina nè da quella di medicamenti nelle urine.

Diluendo con urina normale un'urina contenente pigmenti biliari l'A. ha trovato che diluizioni da 1:40 in su davano positiva la reazione di v. Puryesz e negative tutte le altre.

Il metodo è quindi molto sensibile e merita di entrare nella pratica. Ecco come si procede all'esame: a 3 cc. di urina si uniscono 2 cc. di acido solfosalicilico al 20 %, si mescola, si aggiungono 5 gocce di acqua ossigenata e si capovolge due volte la provetta. Se i pigmenti biliari mancano la miscela conserva il colore dell'urina divenendo poi rosa. Se ci sono dopo un tempo più o meno breve prende un colore verde-oliva più o meno carico.

L.

MEDICINA SCIENTIFICA

La funzione motoria dello stomaco dopo resezione.

Osservazioni di S. F. Vitkin (*Annals of Surgery*, vol. III, gennaio 1940, n. 1) sono state praticate su 74 casi clinici riscontrati in 6 anni su malati vari e gli esperimenti sono stati condotti su un cane gastrectomizzato nel cui neostoma è stato posto un palloncino di gomma connesso con un tubo a una capsula di Marey e ad un kimografo. Dalle osservazioni clinico-sperimentali si è potuto constatare che in tutti i casi in cui si è praticata una resezione gastrica con il metodo Billroth I o II si provoca una evacuazione ritmica, indipendentemente dalla estensione della porzione resecata. Sembra inoltre che tale ritmicità delle contrazioni non sia affatto beneficamente influenzata dalle

modifiche tipo Finsterer, Bal, ecc. L'A. esclude la formazione di uno sfintere di neoformazione e ammette che le ritmiche contrazioni suddette siano in rapporto ad una distensione e successiva contrazione dell'ansa efferente.

Capone-Braga.

POSTA DEGLI ABBONATI

La prostigmina nella cura della miastenia grave. — Al dott. A. B. da L. d. B.:

Varie sono le cure proposte per la miastenia: efedrina e glicocolla, insulina, estratto di lobo anteriore dell'ipofisi, cloruro di potassio. Una delle più recenti è quella della prostigmina. M. Walker (*Proc. R. Soc. med.*, 8 febbraio 1935) aveva osservato che la fisostigmina (o eserina, alcaloide della fava del Calabar, *Physostigma venenosum*) ha un'azione favorevole nell'avvelenamento da curaro, il quale a sua volta ha una grande rassomiglianza con il quadro della miastenia grave. I risultati furono incoraggianti, pure avendosi dei disturbi intestinali quando la dose somministrata era sufficiente per dare qualche miglioramento nel quadro della miastenia.

La struttura chimica della fisostigmina è nota: essa è l'etere dimetilcarbaminico del metilsolfato di m-ossifenitrimetilammonio ed è stato possibile produrla sinteticamente. È appunto il prodotto sintetico che va sotto il nome commerciale di prostigmina. Questa ha diverse applicazioni terapeutiche, specialmente nell'atonia intestinale post-operatoria, nell'ileo, nella costipazione stonica ribelle e nell'atonia vescicale.

Le applicazioni nella miastenia vennero fatte dalla stessa Walker e poi da B. Pritchard e E. Laurent (*British med. f.*, 9 marzo 1935), in individui in cui erano stati invano tentati altri rimedi. Se ne ottennero eccellenti risultati, confermati poi da altri autori, quali p. es., J. Friesz e S. Marno (*Klin. Wschr.*, 1936, n. 36), i quali ne studiarono anche l'azione sul ricambio muscolare. Ne risulta che nel miastenico la curva dell'acido lattico, dopo lavoro e sotto l'influenza della fisostigmina, si avvicina a quella del sano; il ricambio muscolare, che è turbato nel miastenico e la resintesi dell'acido lattico sono favorevolmente influenzati dalla fisostigmina; inoltre, i valori della cronassia — che nel miastenico sono molto elevati — si avvicinano a quelli del normale.

Nella miastenia, la prostigmina si somministra per iniezioni da 1 mg. (mg. 0,5 a 2,5), preferibilmente associata all'atropina (mg. 0,3 a 0,6). È opportuno fare l'iniezione poco prima dei pasti che possono venir così presi più facilmente, rendendosi agevoli i movimenti di masticazione e migliorando la disfagia. In 5-10 minuti, cambia totalmente l'espressione del viso del paziente; scompaiono la ptosi e la diplopia, la voce si fa più forte il paziente può camminare agevolmente. Il miglioramento dura soltanto 5-6 ore, ma nulla impedisce di ripetere l'iniezione. Pritchard e Laument hanno anche fatto delle prove dinamometriche, ottenendo rispettivamente 15 e 10 per la mano destra e sinistra prima della iniezione e 37 e 35 dopo.

L'iniezione di prostigmina può determinare qualche disturbo, quali vertigini, fotofobia, sudori, spasmo palpebrale, che si manifestano 20-30 minuti dopo l'iniezione e non durano che pochi momenti; trattasi di disturbi trascurabili di fronte al notevole miglioramento che si ottiene col rimedio, il quale è particolarmente indicato nei casi gravi, con dispnea e disfagia.

A. Filippini.

VARIA

I concepimenti antenuziali in Italia.

L'Istituto Centrale di Statistica ha compiuto uno studio interessante sui concepimenti antenuziali in Italia, nel triennio 1935-37, intendendo come parti da concepimenti antenuziali quelli avvenuti a meno di 8 mesi dalle nozze e la metà di quelli provenienti da matrimoni con durata di 8 mesi (da 8 a 9).

Per il totale del Regno, risulta che più di un quinto dei primogeniti nati vivi proviene da concepimenti antenuziali. La massima frequenza di tali concepimenti si riscontra nell'Emilia (375/1000) seguita dalla Venezia Giulia e Zara (359/1000) e dal Veneto (333/1000). La minima frequenza si riscontra in Lucania (90/1000) che distanzia di molto gli altri compartimenti a bassa frequenza (il più vicino è la Calabria con 130/1000). *fil.*

POSTA DELL'AMMINISTRAZIONE

DOVERI MORALI DEGLI ABBONATI:

Preghiamo *nuovamente coloro che non ne hanno fatto ancora invio di voler corrispondere* **con sollecitudine l'importo dell'abbonamento al "Policlinico,,** *per il 1940, avendo essi regolarmente trattenuti tutti i fascicoli pubblicatisi dal 1° gennaio ad oggi, loro puntualmente spediti dalla nostra Amministrazione.*

Il pagamento in Italia e sue Colonie, oltre che mediante assegno circolare bancario o con vaglia postale a tassa, può effettuarsi in modo più semplice ed economico versando la somma all'Ufficio di Posta sul Conto Corrente postale n. 1/5945 dell'Editore Luigi Pozzi, *Roma, usando il nostro Bollettino che venne appositamente mandato, ma che è anche sempre fornito* gratis *da tutti gli uffici di Posta.* L'Editore del « Policlinico »

***

REPETITA JUVANT:

Con riferimento alla circolare del 20 Maggio p. p. inviata ***raccomandata*** **agli abbonati non ancora in regola col pagamento del proprio abbonamento del 1940, e che non lo abbiano fatto pervenire entro il 20 corrente Giugno, confermiamo che faremo loro pervenire TRATTA POSTALE per l'importo dovuto specificato nella Circolare predetta, ed aumentato di L. 5 per le varie tasse e spese che la Tratta comporta.**

Coloro che desiderano risparmiare tale aumento di spesa, si affrettino ad inviarlo avendone ancora il tempo.

L'Amministrazione.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Chiarimenti sulla imposta sull'entrata dei professionisti.

Il professionista abbonato all'imposta sull'entrata deve attenersi alle seguenti norme:

1) Sulle somme introitate per compenso immediato, per le quali venga rilasciata ricevuta, basta apporre sulla ricevuta la dicitura « Abbonamento all'imposta sull'entrata » senza alcuna marca.

2) Se viene inviata parcella, questa deve essere bollata con marca ordinaria e cioè vecchie marche da bollo, in ragione di: L. 0,20 sino a L. 100 di parcella; L. 1 sino a L 3000 di parcella; L. 2 oltre le 3000 di parcella.

Quando avviene il pagamento non occorrono altre marche per la quietanza, ma basta la dicitura « Abbonamento all'imposta sull'entrata ».

Analogamente per gli eventuali sconti sulle parcelle.

3) Se le parcelle portano indicate somme che non rappresentano esposti ed onorari (cioè entrate), ma bensì denaro versato per altre ragioni per la somma relativa, deve essere posto il bollo ordinario.

Distintivo per i professionisti.

È stato istituito dal P. N. F. uno speciale distintivo di categoria di cui possono fregiarsi tutti i professionisti, fascisti, iscritti alla Confederazione. Il distintivo va cucito sulla camicia nera, sulla sahariana, sull'orbace, ecc.

Tale distintivo è stato istituito in considerazione dell'importanza sociale della categoria.

Assunzione del personale assistente universitario nelle Amministrazioni statali.

A proposito della notizia da noi già data al riguardo nel n. 21, pag. 945, « La Riforma Medica », del 4 maggio fa il seguente commento:

« Le nuove facilitazioni di questo decreto riguardano assai poco i medici assistenti universitari. Possono infatti passare nei ruoli della sanità pubblica i soli assistenti d'igiene, nel ruolo dei manicomi giudiziari i soli assistenti delle cliniche neuropatologiche, nel ruolo dell'Ispettorato Corporativo i soli assistenti delle Cliniche del Lavoro, e ciò anche previo un esame orale integrativo: a conti fatti solo tre o quattro assistenti in un anno possono trovare uno sbocco professionale in altre amministrazioni. Non si comprende perchè siano stati nettamente esclusi dai ruoli dei Ministeri della Guerra, della Marina e della Aeronautica i medici assistenti universitari, mentre i due primi Ministeri permettono il passaggio nei loro ruoli ad assistenti di altre facoltà ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche:

Una circolare del Ministero dell'Interno prospetta la necessità nell'interesse degli enti comunali che i concorsi ai posti per medici condotti vacanti al 30 novembre 1938 siano espletati dalle relative commissioni con ogni sollecitudine e in ogni caso non oltre il 30 giugno prossimo. I termini di presentazione delle domande di ammissione ai concorsi ai posti di medici condotti vacanti al 30 novembre 1939 è prorogato al 31 agosto.

CONSORZI PROVINCIALI ANTITUBERCOLARI.

TRENTO, medico aiuto presso il Dispensario Prov. e 4 medici direttori di sezioni dispensariali; scad. 30 giugno, ore 12. Rivolgersi alla Segreteria, presso l'Amministraz. Provinciale.

MESSINA. *Cassa Mutua Infortuni Agricoli.* — Direttore; titoli ed eventualm. esami; rivolgersi alla sede, via S. Giuseppe 2 (palazzo della Cassa di Risparmio).

ROMA. *Ministero dell'Aeronautica.* — È bandito un concorso per titoli e per esami a 50 posti di Tenente in S.P.E. nel Corpo Sanitario Aeronaut. Le domande di ammissione in carta da bollo da lire 6, debbono pervenire al Ministero dell'Aeronautica — Direzione Generale del Personale Militare, Ufficio Concorsi, Sezione I — non oltre il 15 luglio 1940-XVIII. Gli esami avranno luogo a Roma. Il testo integrale del concorso è pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale », n. 113 del 15 maggio 1940-XVIII e nel « Giornale Ufficiale » del Ministero, dispensa 16, dal 1° giugno 1940-XVIII.

TORINO. *R. Opera Pia Sanatorio S. Luigi Gonzaga.* — Concorso per titoli ed esami a primario chirurgo; L. 7800 e compartecipazione; età limite 45 a. al 24 mag. Scad. 31 luglio. Chiedere copia del bando.

Concorsi a premi.

Società Napoletana di Chirurgia.

La Società Napoletana di Chirurgia (presidente L. Dominici, segretario L. Imperati), a norma dell'art. 7 del suo Statuto ed allo scopo di favorire i giovani chirurgi nei loro studi, bandisce fra i soci un concorso ad un premio di L. 1000 per una memoria sull'argomento. « Affezioni arteritiche ischemizzanti degli arti ». Il concorso è regolato dalle condizioni seguenti: 1) Il lavoro deve essere inedito; 2) I concorrenti presenteranno presso la Segreteria della Società la domanda ed il lavoro in triplice copia; 3) Il termine della presentazione del lavoro è fissato al 1° novembre 1940-XIX; 4) Sono esclusi dal concorso i Soci che all'atto del presente bando abbiano più di 10 anni di laurea.

La Commissione giudicatrice sarà costituita dal Presidente della Società e da due Soci designati dall'assemblea in una seduta posteriore al termine di scadenza del concorso.

Rivolgersi alla Segreteria: R. Clinica Chirurgica (Policlinico alla Sapienza).

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Con decreto *motu proprio* in data 30 maggio u. s. S. M. il Re e Imperatore si è compiaciuta conferire l'onorificenza di Gr. Uff. nell'Ordine della Corona d'Italia al prof. Pericle Pozzilli, per le sue benemerenze nel campo scientifico e umanitario.

Al valoroso collega, le nostre vivissime congratulazioni.

L'Accademia Nazionale delle scienze degli Stati Uniti ha assegnato la medaglia d'oro Barnard pel 1940 ai coniugi Frederic Joliot e Irene Joliot-Curie — i quali lavorano nell'Istituto del radium di Parigi — a titolo di riconoscimento della loro scoperta della radioattività artificiale, che già era valsa loro un premio Nobel, cinque anni or sono. La medaglia Barnard venne istituita da F.A.P. Barnard, il quale fu presidente della Università Columbia di New York dal 1864 al 1889, per premiare, ogni cinque anni, una grande scoperta nel campo della fisica o dell'astronomia. La signora Joliot-Curie è la figlia più anziana dei coniugi Curie, scopritori del radium.

La Società Medica di St. Louis (Stati Uniti) ha conferito un certificato di merito e una medaglia d'oro al dott. W. Graves, professore di neuropsichiatria in quella Scuola di medicina.

NOTIZIE DIVERSE

Un convegno a Roma per i servizi di trasfusione del sangue.

In una sala del Palazzo del Governo si è tenuta a Roma, il 3 giugno, una riunione, indetta dal Ministero dell'Interno, con l'intervento dei presidenti delle Associazioni provinciali dei datori di sangue dei centri maggiori, nonchè di tutti i membri del Comitato di Roma e dei rappresentanti degli enti e Dicasteri interessati, Guerra, Marina, Aeronautica. Per il Partito era presente l'ispettrice dei Fasci femminili, dott. Franceschini, che ha assicurato la collaborazione della donna italiana all'incremento dei servizi.

Il direttore generale della Sanità pubblica, Petragnani, ha presieduto l'importante Convegno e si è particolarmente interessato della disciplina dei servizi trasfusionali, che assumono peculiare importanza nell'attuale momento.

Congressi e convegni vari.

Avendo il Ministero dell'Educazione Nazionale disposto che gli esami di tutte le materie e di laurea abbiamo luogo dall'1 al 15 giugno, si è ritenuto che molti colleghi non potessero lasciare in tale periodo le loro sedi e perciò, sentito il consiglio delle Superiori Autorità Accademiche, il Comitato di Facoltà di Bologna (A Businco, A. Gasbarrini, G. Guerrini, G. Salvioli, F. Schiassi) ha stabilito che il Convegno di Studi Costituzionalisti sia rimandato. La nuova data del Convegno sarà indicata con altro avviso.

Indetto dall'Accademia medica pistoiese « Filippo Pacini », il 5 maggio si è tenuto un convegno medico, presieduto dal sen. prof. L. Spolverini, destinato allo studio del tema « La poliomielite anteriore acuta dal punto di vista epidemiologico e clinico nella recente casistica Toscana ». Ai lavori hanno partecipato, con comunicazioni e discussioni, molti convenuti: M. Mazzitelli, G. Ficai, E. Satto, Piazza, Arrigoni, G. Guaspari, Fiore, M. Santi, Bergamini, S. Magni ed il presidente, che ha poi riassunto la discussione.

Alla fine di maggio ed ai primi di giugno si sono adunati, negli Stati Uniti, numerosi congressi medici. Segnaliamo quelli dell'Associazione gastro-enterologica nazionale, dell'Associazione per ricerche di oftalmologia, dell'Associazione nazionale per la tubercolosi, del Collegio americano dei medici del torace, dell'Associazione cardiologica americana, della Società otologica americana, della Società proctologica americana, della Società americana laringoiatrica, rinologica ed otologica, della Società americana di medici-chirurgi industriali, dell'Associazione psichiatrica americana, dell'Associazione americana sul reumatismo.

La festa del Corpo sanitario militare.

Il 4 giugno è ricorso l'annuale della costituzione del Corpo sanitario militare. In tale occasione il sottosegretario alla Guerra, gen. Soddu, ha inviato al direttore generale di Sanità militare il seguente messaggio:

« Nel fausto annuale della sua costituzione, il Corpo sanitario militare rievoca, con legittima vibrante fierezza, le innumerevoli prove di abnegazione e di eroismo offerte a fianco dei fratelli combattenti lungo le tappe del loro cammino di gloria. Non vi fu, infatti, cimento che non vide scendere a schiere sul campo dell'onore e del sacrificio i medici militari e i generosi soldati di sanità, pronti sempre a confortare e a soccorrere, ansiosi di prodigarsi oltre ogni limite per il conseguimento della vittoria.

« Esprimo l'incrollabile certezza che, se la voce della Patria chiamerà ancora a raccolta il popolo in armi per la difesa dei supremi diritti, un così alto retaggio sarà fieramente custodito e accresciuto di nuovi serti ».

Il costo dei medicinali in Romania.

Il Ministro della sanità pubblica e del pubblico benessere della Romania, Marinescu, ha impartito istruzioni al Sindacato nazionale dei farmacisti per la disciplina dei prezzi dei medicinali e dei presidì sanitari, prezzi che sono venuti aumentando in misura rilevantissima; è così che l'ioduro potassico da 500 *lei* ante-guerra è passato a 2750; l'olio di fegato di merluzzo è aumentato del 300 %, la chinina del 150 %, ecc. Molti medicinali non si trovano più sul mercato. Il Ministro ha stabilito che il prezzo venga fissato da un Ufficio di controllo, il quale terrà conto di tutti i fattori incidenti. Il farmacista è autorizzato a praticare un aumento del 30 % sui medicinali e del 20 % sui materiali per medicazione, onde coprire le spese d'esercizio e realizzare un legittimo guadagno. I prezzi devono essere segnati chiaramente sulle ricette, precisndo come sono stati ottenuti. I trasgressori saranno puniti severamente.

Medici immigrati dall'Europa negli Stati Uniti.

Nel « Journal Amer. Med. Assoc. » del 23 marzo 1940 il dott. D. E. Edsall, presidente onorario del « Comitato nazionale per il collocamento dei medici stranieri », informa, sulla base di cifre ufficiali, che i medici provenienti dall'Europa durante il periodo 1° luglio 1934-1° settembre 1939 sono stati 2544, e che durante lo stesso periodo negli Stati Uniti vennero rilasciati 27.000 nuovi diplomi: dunque i medici immigrati dall'Europa rappresentano meno del 10 % del totale dei nuovi diplomati. Tra i medici immigrati il Comitato predetto ne registrò (ossia ne autorizzò all'esercizio professionale) 1646.

V'erano, negli Stati Uniti, 2000 posti che i medici americani fin'ora non avevano occupato; per alcuni di tali posti era urgentemente sentito il bisogno di medici; quindi i medici immigrati dall'Europa non costituirebbero un pericolo di concorrenza professionale per i colleghi. L'impiego di essi, risulta però difficile, per ragioni statutarie che si potrebbero emendare.

Anche sotto un altro punto di vista la detta immigrazione non può preoccupare: dall'1 luglio 1932 al 30 giugno 1938 dagli Stati Uniti si recarono in Europa 254.000 persone, mentre dall'Europa se ne recarono negli Stati Uniti 250.000. Durante i sette anni dall'1 luglio 1932 al 30 giugno 1939 si lasciarono risiedere negli Stati Uniti solo un terzo incirca degli immigrati, molto al disotto della quota stabilita per l'immigrazione. Quindi gli Stati Uniti hanno mandato in Europa assai più di quanto non abbiano ricevuto, in materiale umano.

La stampa medica nei Paesi belligeranti.

L'« Unione dei Sindacati della Stampa periodica francese », adunatasi il 20 maggio sotto la presidenza di René Baschet, seguendo le direttive del « Comitato interministeriale della Stampa », ha approvato ad unanimità una decisione, secondo cui i periodici devono ridurre immediatamente del 50 % il consumo della carta già precedentemente ridotto, in modo che il consumo stesso risulti il 33 % di quello che era prima della guerra.

In tale senso è stato emanato un decreto, in data 24 maggio.

La riduzione verrà calcolata sul peso della carta; può ottenersi limitando il numero delle pagine, ovvero impiccolendo il formato del periodico, o facendo uso di carta più sottile, od anche distanziando la periodicità.

La « Gazette des Hôpitaux » annunzia che si atterrà a quest'ultima soluzione. Ed affinchè il contenuto del periodico non abbia a soffrire, farà uso di caratteri minuti.

In Inghilterra il Ministero dei rifornimenti ha emanato un ordine sul consumo della carta; rileva la necessità di restringere tale consumo. Perciò i giornali medici inglesi hanno ridotto il numero delle pagine ed invitano gli autori ad essere concisi.

In Germania non si nota alcuna restrizione riguardante il consumo della carta nei periodici medici, i quali mantengono integra la loro struttura e la loro efficienza.

In Italia si è avuta una diminuzione limitata nel numero delle pagine.

Notizie sanitarie di guerra.

A Dunkerque, subito dopo l'occupazione della piazzaforte, i medici militari tedeschi si misero all'opera, insieme a quelli francesi, per assistere le migliaia di feriti francesi trovati abbandonati e senza aiuto nei forti e nelle altre difese della città.

Una partita di generi alimentari inviata dalla Croce Rossa Americana per la popolazione civile polacca, è stata trattenuta nel porto di Genova a causa dei vincoli stabiliti dai Governi britannico e francese, nonostante fosse accompagnata dal « navicert ».

Secondo la « Gaz. d. Hôp. », del 5-8 giugno, l'ospedale americano di Ostenda è stato distrutto da aviatori tedeschi quantunque portasse gli emblemi della Croce Rossa e degli Stati Uniti.

Alla Camera dei Comuni il ministro dell'igiene, Malcom Mac Donald, ha annunziato che soltanto il 30 % degli alunni iscritti nelle scuole di Londra si è registrato per lo sgombero della metropoli. Si ritiene pertanto che, in caso di necessità, il Governo, esercitando i poteri discrezionali concessigli di recente, renderebbe obbligatorio il trasferimento da Londra degli alunni delle scuole.

Su parere di una speciale commissione, le grandi provviste di radium a Londra sono state immesse in quattro pozzi, ove rimarranno al sicuro dai bombardamenti, finchè non venga stabilito in quali condizioni il radium possa essere usato in tempo di guerra. La commissione ha previsto anche una ventina di altri pozzi pel radium nel resto dell'Inghilterra.

Ad una Conferenza della Società degli ufficiali sanitari dell'Inghilterra il Ministro dell'igiene rilevò che compiti nuovi e tremendi aspettano la classe medica in Inghilterra, a causa della titanica lotta intrapresa. Disse che in Inghilterra, per fronteggiare le contingenze belliche, si contano 3000 posti di pronto soccorso con 120.000 persone addette (le quali prestano, quasi tutte, opera gratuita), 19.000 ambulanze con 82.000 persone addette, 133.000 posti-letto per feriti militari e civili. Sono rapidamente in corso di allestimento molte altre migliaia di posti-letto.

In Francia si è emanato un decreto che rafforza le misure di controllo sui laboratori che preparano o sperimentano sieri o vaccini; il controllo riguarda particolarmente il personale.

Un po' dovunque.

Si è svolto a Firenze il congresso della Società italiana di psichiatria. Ne daremo ulteriori notizie.

Un R. D. ha approvato il nuovo statuto della Fondazione « Battista Grassi », ora attribuita alla R. Accademia d'Italia, al posto della soppressa R. Accademia dei Lincei. La Fondazione è destinata a conferire un premio annuo mediante gl'interessi del capitale di L. 125.000 per studi nel campo della parassitologia.

A Milano la Principessa di Piemonte ha visitato e ispezionato l'ospedale militare, la clinica « Principessa Jolanda » della Croce Rossa, la scuola con-

vitto delle infermiere professionali e il nuovo grandioso ospedale del « Perdono ».

Per disposizione del Segretario del Partito, presso la Segreteria dei Guf è costituita una sezione sanitaria centrale con il compito di coordinare, di intesa con l'Opera Universitaria, l'attività assistenziale dei servizi sanitari esistenti presso i Guf. Quale dirigente la sezione è nominato il F. U. Enzo Fortunato, dirigente sanitario del Guf di Roma.

La « Presse Médicale » del 22-25 maggio reca un articolo di A. Souques sul « Dopolavoro, nuova opera sociale italiana ».

La Società medico-chirurgica padovana si è adunata il 23 marzo; sono state fatte comunicazioni da: C. Berlucchi, A. Barbieri, K. Arslan — G. Lenarduzzi, F. Cavazzani — A. Palatini.

Sono collocati a riposo per limiti d'età, a partire dal 29 ottobre, i proff. Gaetano Cutore, di anatomia umana norm. a Catania; Giovanni Pelagatti, di clinica dermosifilopatica a Parma.

Si è iniziata la pubblicazione del « Corriere dei farmacisti », a periodicità mensile, diretto da F. Gallo (S. Giuseppe Vesuviano, Napoli).

In Francia si è tenuto, il 2 aprile, l'assemblea generale del Comitato di difesa contro la tubercolosi.

L'Associazione generale dei medici di Francia si è adunata il 5 aprile sotto la presidenza del dott. Chapon. L'Associazione ha scopi mutualistici.

Il Presidente della Repubblica turca, Refik Saydam, ha stabilito di creare un'organizzazione che sia capace di sopperire all'attuale deficienza di medici nella Turchia e di diplomare duemila medici l'anno. È stato bandito un concorso internazionale per la costruzione di una Facoltà medica ad Ankara; il concorso è stato vinto dall'architetto Jean Walter. I grandiosi edifici, in stile novecento, sorgeranno su di una collina tra la vecchia e la nuova città; riuniranno ospedali clinici e istituti scientifici.

A Sidney (Australia) si è aperto un ufficio per la traduzione in inglese dei lavori della letteratura scientifica straniera; vi sono stati addetti cinque professionisti profughi da Vienna.

Il federale di Milano ha inaugurato all'Istituto sieroterapico milanese un corso di addestramento per giovani maestranze chimiche.

Nell'Olanda settentrionale si trova una delle poche regioni malariche del Nord d'Europa. Vi è stata organizzata una campagna antimalarica sotto la direzione del prof. N. H. Swellengrebel.

A Buenos Aires è stato eretto un nuovo ospedale per carcerati; esso accentra il trattamento dei malati di tutti gl'istituti di pena; risulta di due divisioni: per uomini e per donne; la prima comprende sei corsie, la seconda due; ogni corsia contiene 12 letti.

Il Governo del Queensland (Australia) ha intrapreso, negli ultimi anni, un'attiva campagna contro gli aborti criminosi. Le misure di polizia sono state rese molto severe.

Il 5 maggio si è festeggiato a Breslavia il 50° anniversario dell'Istituto stomatologico, diretto dal prof. Euler, il quale ne ha tracciata la storia ed ha rievocato l'opera svolta dal suo predecessore prof. Partock.

L'erbario di piante indigene presso la Scuola di medicina tropicale di Calcutta contiene ora 1500 specie rappresentate da circa 5000 esemplari.

Ad iniziativa della vedova del dott. Harvey Cushing, si prepara una biografia completa del grande chirurgo. Chiunque possegga qualche documento che lo riguardi — lettere, siano pure brevi, fotografie, manoscritti, aneddoti ecc. — è pregato d'inviare gli originali dei documenti o copia di essi o i dati. La documentazione verrà raccolta nella biblioteca Cushing, che viene organizzata nella Scuola Medica dell'Università Yale. Tutta la corrispondenza va indirizzata al Dr. John Fulton, Yale University School of Medicine, 33 Cedar Street, New Haven, Conn., S. U. d'A.

Si calcola che nel mondo esistano 5 milioni di lebbrosi (0,25 % della popolazione totale), dei quali un milione in Cina.

La Polizia criminale di Berlino ha arrestato il conducente di un camion pesante e un pedone, che hanno provocato un infortunio stradale a causa del loro stato di ubbriachezza e, indipendentemente dall'azione penale, li ha confinati per quattro settimane in un campo di concentrazione.

È deceduto a La Spezia il magg. gener. medico della R. Marina prof. Leone Sestini, che ha avuto parte efficace nel miglioramento delle condizioni di vita sulle nostre navi da guerra, il che gli è valsa una medaglia d'argento decretatagli dal Ministero della Marina. Ha compiuto studi interessanti. Ha pubblicato il volume dell'« Igiene navale » nel grande « Trattato italiano d'igiene ».

È deceduto a Rio de Janeiro il prof. Antonio Abreu Fialho, ordinario di oftalmologia in quella Facoltà medica, uno dei più reputati oftalmologi dell'America latina.

È deceduta a Torp (Madelpa, Svezia) la dott.a Alma Sundquist, in età di 68 anni; ella fece introdurre nelle scuole svedesi l'educazione sessuale e ne dette le prime lezioni agli insegnanti: i risultati sono stati buonissimi. Nel 1934 era stata eletta presidente dell'Associazione internazionale delle medichesse.

È deceduta a New York in età di 71 anni la dottoressa Martha Wollestein, che per 43 anni fu anatomo-patologa nel « Babies Hospital »; dopo che questo venne allegato all'Università Columbia, ella divenne professore aggiunto di anatomo-patologia in detta Università. Lavorò per molti anni anche all'Istituto Rockefeller. La Wollestein era considerata come la maggiore personalità degli Stati Uniti in anatomia patologica, che concepiva non solo come disciplina descrittiva, ma anche e sovrattutto come disciplina sperimentale. Lascia 68 memorie, riguardanti la parotite sperimentale, la flora batterica dell'intestino e delle vie respitorie, la stenosi pilorica, le leucemie, le dissenterie ecc.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Brit. Med. Journ., 3 febbr. — P. A. HALL. Ferite alle vertebre negli aviatori.

Wien. Klin. Woch., 9 febbr. — S. ZOLLNER. Disturbi gastrici allergici.

Med. Welt., 10 febbr. — M. SCHMIDT. Il tracoma. — E. PÜTZ. Trattam. moderno delle anemie.

Forze sanit., 31 genn. — L. VILLA. Digitalis lanata.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., febbr. — L. KIRSCHBAUMER. La poesia nella schizofrenia e in altre psicosi. — S. K. ROBINSON. Trattam. dell'ipertensione; fattore psichico.

Arch. intern. Med., genn. — M. T. MOORE. Trattam. della sclerosi multipla con ac. nicotinico e vitam. B_1. — G. E. WAKERLIN. Principio reticolocitogenico dell'urina nel trattam. dell'anemia pernic. — N. S. SCHLEZINGER. Trattam. della miastenia grave.

Journ. A. M. A., 27 genn. — K. M. BOWMAN. Encefalopatia da deficit di ac. nicotinico. — E. B. SANGER e W. L. GILLILAND. Ossicarbonismo grave; guarigione.

Rif. Med., 20 genn. — E. MARAGLIANO. La cura Monaldi delle malattie tbc. con l'aspiraz. delle caverne.

Quart. Journ. Med., genn. — W. W. PAYNE e R. S. ILLIGWORTH. Nefrite acuta nell'infanzia. — M. M. WINTROTE e D. M. MITCHELL. Sintomi apicali nella leucemia.

Giorn. di Cl. Med., 20 genn. — G. BORSALINO. Tbc. polm. linfatica. — B. TANZI. Catepsine spleniche.

Münch. Med. Woch., 16 febbr. — K. BUINEWITSCH. Nefritici e edemi. — F. BESOLD. Ovariti.

Wien. klin. Woch., 16 febbr. — K. LUSICKY. Terapia delle malattie acute di fegato.

Presse Méd., 7-10 febbr. — J. BOURDILLON. Il mezzo interno.

Paris Méd., 3-10 febbr. — Tbc. e malattie respiratorie.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 febbr. — Med. di guerra.

Quaderni dell'Allegia, dic. — E. CUBONI. Allergia, anafilassi, ipersensibilità, idiosincrasia.

Med. Welt., 17 febbr. — H. W. BAUSI. Pinguedine. — K. H. SCHÖLTZE. Insulina di deposito.

Lancet, 10 febbr. — M. HYNES. Dosaggio dei derivati di sulfanilamidi nell'infanzia. — P. D'ARCY-START e al. La tbc. negli studenti in medicina.

Riv. di Clin. Med., Suppl. 1 genn. — Marginalia otolaryngologica, a cura di C. A. Torrigiani.

Amer. Journ. Med. Sc., febbr. — T. E. MACHELLE e G. M. HIGGINS. Azione della sulfanilpiridina, del neoprontosil e della sulfapiridina sul sangue. — F. R. SCHEMM. Una famiglia con anemia perniciosa. — T. R. WAUGH e H. LAMONTAGNE. Ittero emolitico ereditario. — H. FIELD e W. D. ROBINSON. Inattività di ac. nicotinico.

Riv. di Cl. ped., febbr. — C. FUMI, E. SARTORI. Timo e ricambio idrico.

Rev. de Chir., nov.-dic. — Chirurgia di guerra.

Min. Med., 28 genn. — Rickettsiosi.

Journ. A. M. A., 3 febbr. — J. E. RHOADS e M. T. FLIEGELMAN. Sostituto sintetico della vit. K. — J. E. DUNPHY. Ernia femor. strozzata.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

VOLUME XLVII Roma, 24 Giugno 1940-XVIII Num. 25

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZO D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 80 —	L. 125	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 125	L. 180
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 60 —	L. 70	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 125	L. 180
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 60 —	L. 70	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chir.)	L. 165	L. 220

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L. 6; della PRATICA L. 4,00

L'importo dell'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, *senza tassa* nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. 5.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
E METODOLOGIA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: sen. prof. NICOLA PENDE.

Influenza dell'impianto di ipofisi sulla eliminazione urinaria di una sostanza ad azione iperglicemizzante.

LORENZO ANTOGNETTI e VITO PATRONO.

Un nuovo indirizzo ortogenetico cui ci siamo, per consiglio del nostro Maestro, dedicati in questi ultimi tempi, è quello degli innesti o meglio degli impianti ghiandolari per la cura e la correzione delle molteplici forme di disgenopatie di crescenza. In particolare abbiamo applicato su vasta scala la pratica degli impianti di ipofisi negli stati di insufficiente sviluppo somatico e genitale a sfondo ipofisario, con risultati che saranno resi di pubblica ragione in successive pubblicazioni. In questo lavoro vogliamo solo comunicare, a complemento di ricerche nostre precedenti [(1); (2); (3); (4)], le modificazioni indotte nella eliminazione urinaria di una sostanza iperglicemizzante. In un precedente lavoro (1) abbiamo infatti affermata e documentata l'eliminazione, attraverso le urine di soggetti sani ed eucrini, di una sostanza ad azione nettamente e spiccatamente iperglicemizzante; successivamente [(2); (3); (4)] abbiamo affrontato il problema della genesi, della natura e del significato ad una tale eliminazione attribuibile. Senza dilungarci sui risultati di queste nostre ricerche, ricorderemo solo che tra le varie ipotesi, suggestiva ci è apparsa quella di una eventuale identificazione della sostanza in parola con qualche frazione di quel complesso ormonico diabetogeno dotato di attività multiple glicogenolitiche iperglicemizzanti, gliconeogenetiche iperchetogene, antiinsuliniche, ecc.

I tentativi diretti allo studio di questi rapporti genetici si sono concretati nella indagine comparativa della eliminazione della sostanza iperglicemizzante negli stati patologici

ipofisari. Le ricerche hanno messo in evidenza delle differenze di comportamento di fronte ai normali, e più specialmente una diminuita eliminazione urinaria di detta sostanza da parte dei soggetti portatori di adenoma eosinofilo ipofisario. In particolare l'estratto urinario derivato da un soggetto portatore di adenoma eosinofilo dell'ipofisi, acromegalico e diabetico si dimostrò il meno attivo di quanti sperimentati [Antognetti e Patrono (3)].

Questi reperti, registrando un particolare comportamento da parte del gruppo di soggetti affetti da alterazioni ipofisarie ci parvero, se non probativi, almeno non contrastanti con la ipotesi della esistenza di rapporti tra funzione ipofisaria — intesa in senso lato — e produzione ed eliminazione con le urine della sostanza ad azione iperglicemizzante. Vero è che, ammessa una genesi ipofisaria e più particolarmente eosinofila, avremmo dovuto aspettarci una sua aumentata eliminazione nelle sindromi cliniche acromegaliche, specie se coordinate a disturbi diabetici. Ma la complessa e multiforme fisiologia ipofisaria ci ha ormai abituati a dissociazioni di attività, ad interferenze di funzioni, ad antagonismi e consensi, capaci di spiegarci comportamenti anche apparentemente paradossi.

Abbiamo perciò cercato di controllare la nostra ipotesi ricercando comparativamente l'intensità di eliminazione urinaria della sostanza iperglicemizzante prima e dopo impianto di ipofisi.

Poche parole sulla tecnica dell'impianto, sui principii teorici e sui precedenti storici, sugli effetti sperabili e raggiungibili.

Una lunga esperienza ha ormai, dopo i primi facili entusiasmi, esclusa la possibilità di un attecchimento, non solo di ghiandole derivate da animali di specie diverse, ma anche di ghiandole derivate da animali della stessa specie. Solo gli autoinnesti offrono possibilità di attecchimento.

Si ritiene perciò oggi che i miglioramenti realizzati con tale pratica, per altro temporanei, siano da mettere in conto del riassorbimento del tessuto ghiandolare innestato, che verrebbe quindi ad agire come deposito ormonico a disposizione dell'organismo [Pende (12)].

Dartigues e Kfouri (5), allo scopo di eliminare o ridurre al minimo le attività fermentative ad azione litica sulla ghiandola innestata, hanno proposto di preparare l'animale donatore con iniezioni quotidiane endovenose (10-25 iniezioni complessivamente) di siero prelevato dal soggetto da innestare. In tal modo, dicono gli AA., gli organi dell'animale acquistano proprietà antiumane, esaltano la loro futura resistenza di fronte alle attività fermentative litiche dell'organismo umano. Naturalmente questa antiumanizzazione urta praticamente contro difficoltà molteplici: d'altra parte, ammesso il concetto suesposto del riassorbimento lento, dell'azione ormonica di deposito, non appare indispensabile e nemmeno necessaria.

La tecnica da noi seguita deriva direttamente dalle osservazioni di Kylin (6). Abbiamo allestito, nel mattatoio stesso, una piccola sala operatoria dove, con tutte le regole della asepsi, abbiamo proceduto al prelievo dell'ipofisi immediatamente dopo l'uccisione dell'animale. Abbiamo scelto sempre vitelli giovanissimi, in vista della maggiore attività potenziale e funzionale delle ghiandole durante le prime fasi dello sviluppo [(Jeanneney e Foucault (7)] Particolare attenzione abbiamo sempre riposta nel risparmiare, durante il prelievo, ogni traumatismo al tessuto ghiandolare da innestare in vista della sua grande fragilità.

Questa prima fase dell'intervento fu da noi sempre esplicata nello spazio di pochi minuti, provvedendo poi a portare con la massima rapidità la ghiandola, ben ripulita e liberata delle parti connettive e vascolari e conservata in thermos contenente liquido di Tyroide tiepido, alla Clinica. Quivi, essendo l'ammalato già preparato, in pochi minuti fu sempre condotto a termine l'intervento consistente nell'apertura di una piccola breccia nella guaina del retto anteriore e nell'impianto dei frammenti ghiandolari nella tasca così formata.

Complessivamente, nel brevissimo spazio di 40-50 m' la ghiandola potè sempre, nelle nostre osservazioni, passare dal corpo dell'animale donatore a quello del paziente ricevente. Mai abbiamo avuto a lamentare il minimo disturbo consecutivo.

Che la ghiandola così innestata svolga nell'organismo ricevente effetti ormonici, sia pur transitori, è fuori dubbio: in particolare le osservazioni comparative condotte in parallelo sui nostri stessi soggetti, hanno messo in evidenza una aumentata eliminazione urinaria di ormone gonadotropo [Barbarossa (8)] con conseguente esaltata produzione di sostanze androgene [Scopinaro (9)], elevazione del M. B. a digiuno e dell'a. d. s. [Castellini (10)], ripristinata capacità di concentrazione renale in caso di idruria insipida [Mompo (11)], ecc.

Noi abbiamo naturalmente proceduto, nei giorni precedenti l'innesto, a ben precisare la intensità di eliminazione urinaria in sostanza iperglicemizzante: abbiamo perciò raccolte, secondo la tecnica abituale, tutte le urine emesse per un periodo di 5 giorni, le abbiamo estratte secondo il procedimento dettagliatamente descritto in una nostra memoria [Anto-

N. d'ordine	Nome	Età			litri di urina in 5 giorni	Variazioni glicemiche indotte nel coniglio							Aumento massimo % rispetto al valore iniziale
						prima	1h	2h	3h	4h	5h	6h	
1	G. Gino	17	prima		8	1,28	2,38	3,10	3,50	3,41	3,50	3,68	+ 187
			»		9	1,32	2,02	2,44	2,44	2,50	2,04	1,86	+ 90
			»	*media*	8,5	**1,30**	**2,20**	**2,77**	**2,97**	**2,95**	**2,77**	**2,77**	+ **128**
			dopo		4	1,09	1,30	1,30	1,41	1,33	1,46	1,44	+ 34
			»		8	1,24	2,21	1,90	1,81	1,77	1,50	1,32	+ 78
			»	*media*	6	**1,16**	**1,75**	**1,60**	**1,61**	**1,55**	**1,48**	**1,38**	+ **50**
2	I. Marcello	12	prima		4	1,32	1,70	2,06	2,08	2,27	2,23	2,06	+ 72
			»		4	1,19	2,49	3,26	3,44	3,84	3,98	3,90	+ 234
			»	*media*	4	**1,25**	**2,09**	**2,66**	**2,76**	**3,03**	**3,10**	**2,98**	+ **148**
			dopo		3	1,41	1,70	1,69	1,65	1,52	1,34	1,70	+ 20
			»		3	1,41	1,44	1,49	1,43	1,52	1,38	1,40	+ 7
			»	*media*	3	**1,41**	**1,57**	**1,59**	**1,54**	**1,52**	**1,36**	**1,55**	+ **13**
3	M. Giuseppe	19	prima		4	1,26	2,50	2,80	3,05	2,72	2,06	1,79	+ 142
			»		3	1,22	2,42	2,80	3,25	2,32	2,06	1,59	+ 166
			»	*media*	3,5	**1,24**	**2,46**	**2,80**	**3,15**	**2,52**	**2,06**	**1,69**	+ **154**
			dopo		3	1,19	1,99	2,22	2,96	3,38	3,31	3,76	+ 215
			»		3	1,18	2,26	2,78	2,84	2,41	1,86	1,52	+ 140
			»	*media*	3	**1,18**	**2,12**	**2,50**	**2,90**	**2,89**	**2,58**	**2,64**	+ **145**
4	G. Giuseppe	19	prima		5	1,27	1,01	1,14	1,25	1,28	1,18	1,01	—
			»		4	1,22	1,77	1,82	1,55	1,50	1,43	1,32	+ 49
			»	*media*	4,5	**1,24**	**1,39**	**1,48**	**1,38**	**1,39**	**1,30**	**1,16**	+ **19**
			dopo		4	1,22	1,86	2,23	2,36	2,08	1,56	1,36	+ 93
			»		4	1,29	1,86	2,07	1,69	1,34	1,15	1,09	+ 58
			»	*media*	4	**1,25**	**1,86**	**2,15**	**2,02**	**1,71**	**1,35**	**1,22**	+ **72**
5	T. Rolando	9	prima		3	1,13	1,43	1,38	1,45	1,64	1,54	1,32	+ **45**
			dopo		3	1,13	1,79	2,47	1,93	2,28	1,84	1,64	+ **117**
6	G. Maria	9	prima		6	1,10	1,77	1,79	1,66	1,34	1,22	1,01	+ **62**
			dopo		4	1,12	1,28	1,35	1,54	1,43	1,45	1,29	+ **37**

gnetti e Patrono (1)] e le abbiamo saggiate nella loro attività iperglicemizzante nel coniglio. In 4 casi la ricerca fu ripetuta 2 volte prima dell'innesto allo scopo di disporre di dati medi il più probativi possibile.

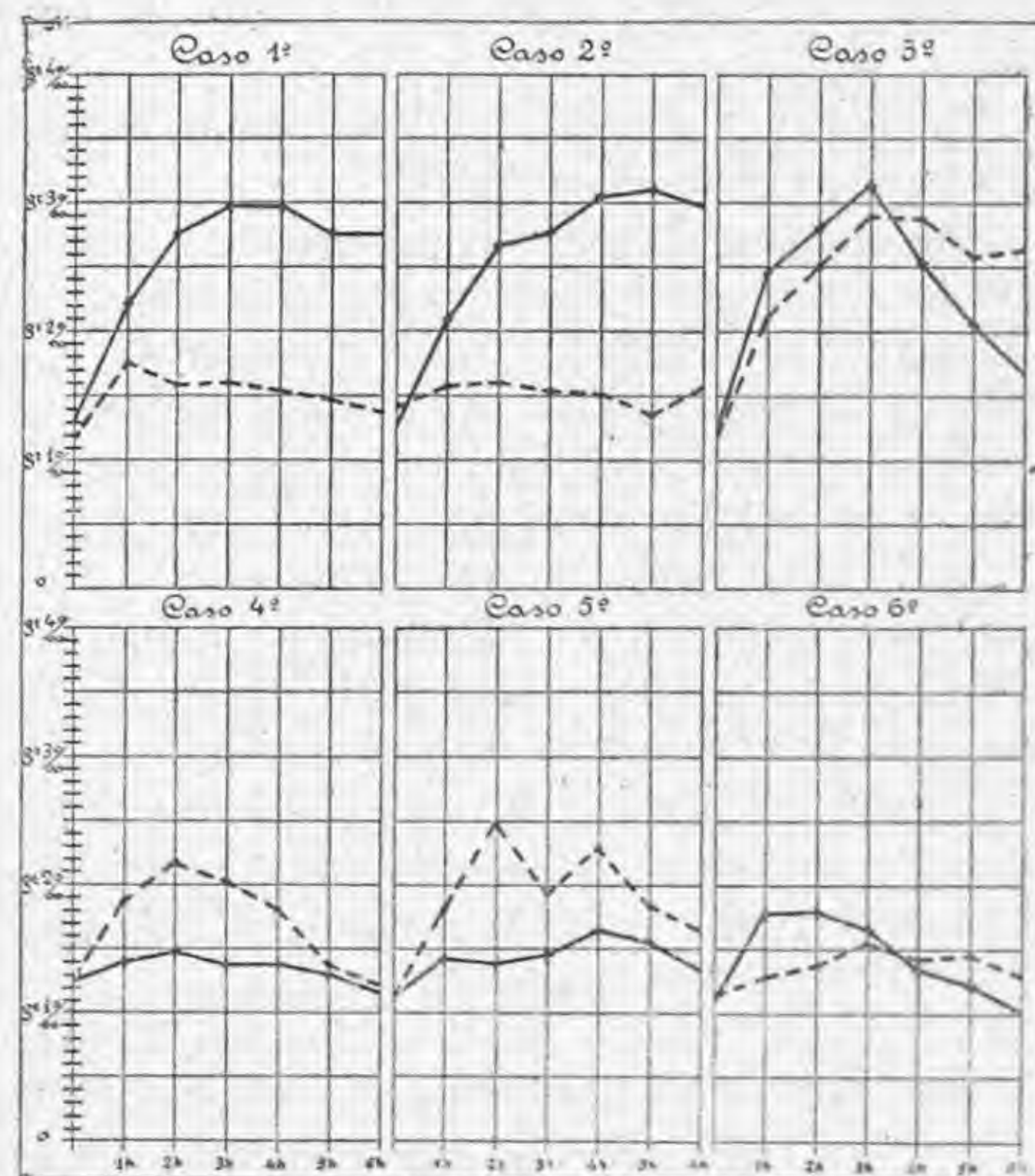
Trascorsa una settimana dal giorno dell'impianto abbiamo proceduto un'altra volta alla raccolta delle urine, all'estrazione e al saggio nel coniglio dell'attività iperglicemizzante, ricontrollando, nei suddetti 4 casi, i risultati attraverso un successivo prelievo e saggio. I dati di cui disponiamo debbono considerarsi quindi attendibili al massimo.

Essi figurano, analiticamente esposti, nella tabella, mentre i diagrammi offrono la rappresentazione grafica dei successivi comportamenti. Per quanto riguarda i casi sottoposti a doppio controllo, il grafico riproduce la media dei valori ottenuti.

Dalle nostre ricerche risulta pertanto:

— in seguito alla somministrazione di estratti urinari derivati da bambini ipoevoluti dal punto di vista somatico e genitale, ipopituitarici, si è avuto nei conigli un aumento della glicemia di + 103 % dai valori di partenza: aumento leggermente inferiore a quello riscontrato in seguito all'iniezione di estratti

Caso 1° Caso 2° Caso 3°

Caso 4° Caso 5° Caso 6°

La linea continua rappresenta le variazioni glicemiche indotte nel coniglio dall'iniezione di estratto delle urine raccolte prima dell'impianto di ipofisi.

La linea tratteggiata rappresenta le variazioni glicemiche indotte nel coniglio dall'iniezione di estratto delle urine raccolte dopo l'impianto di ipofisi.

derivati da urine di soggetti normali (+120 %). Mancando però di dati di raffronto relativi a fanciulli normali, non possiamo trarre conclusioni da questo dato;

— l'impianto di ipofisi ha modificato la eliminazione urinaria in sostanza iperglicemizzante in senso normalizzatore: l'intensità della eliminazione è aumentata infatti nei soggetti che presentavano una curva bassa, è diminuita invece in quelli che presentavano originariamente una curva elevata (ad eccezione del caso 3 in cui non si sono avute modificazioni degne di nota);

— in un caso che presentava una sindrome molto complessa costituita da ipoevolutismo somatico e genitale, da diabete mellito e da idruria insipida (caso 6) l'impianto di ipofisi ha svolto effetti molto interessanti: da un lato ha ridotto la diuresi ed elevato ai limiti normali la capacità di concentrazione del rene che, saggiata dapprima con carico alimentare e salino, era apparsa assolutamente immobile intorno a valori di 1006-1007; dall'altro ha indotto una elevazione della glicosuria non solo in senso relativo ma anche assoluto. Orbene l'intensità di eliminazione urinaria in sostanza iperglicemizzante era, in questo soggetto, prima dell'impianto di ipofisi, assolutamente ridotta: la curva di iperglicemia indotta nel coniglio risultava di conseguenza, come traspare dal grafico, piuttosto piatta (aumento di + 62 %). Ancora più ridotta tale eliminazione apparve dopo l'impianto, sicchè ancora più piatta, per quanto leggermente più protratta, e risultò la curva di (+ 37 %).

Di fronte a questi risultati quali possono essere le logiche deduzioni?

Innanzitutto possiamo prospettarci l'ipotesi che le variazioni osservate, anzichè effetto dell'impianto di ipofisi, siano occasionali e legate ad una variabilità della eliminazione, non contradicente invero la costanza da noi affermata solo nei limiti di una certa relatività (1).

Sta il fatto però che nei 4 casi in cui il saggio della intensità di eliminazione urinaria in sostanza iperglicemizzante potè essere ripetuto per ben 2 volte rispettivamente prima e dopo l'impianto di ipofisi, le variazioni di comportamento risultarono costanti ed evidenti, confermando una influenza effettiva ed escludendo fortuite casualità.

Dobbiamo allora logicamente far rientrare la normalizzazione del reperto da noi osservata nell'ambito delle influenze funzionali ipofisarie, qualche volta contrastanti ed opposte, ma sempre composte in una armonia fisiologica. Dobbiamo cioè ammettere che l'impianto di ipofisi abbia agito ed agisca modificando o la increzione, o l'utilizzazione, o la eliminazione della sostanza in parola. La scarsa intensità di eliminazione da noi infatti osservata nei soggetti affetti da adenoma eosinofilo dell'ipofisi, e più particolarmente nel caso complicato da sindrome diabetica (3), porta a valutare, nel determinismo del fenomeno, accanto a fattori di increzione, altri elementi legati a quello che possiamo definire il metabolismo interno ormonico.

Possiamo cioè pensare ed ammettere che un aumento o una diminuzione di eliminazione urinaria ormonica non sempre esprimano variazioni consensuali incretorie, accettando il concetto che modificate condizioni di utilizzazione o di soglia renale possano, indipendentemente dalla intensità di produzione, influenzare e condizionare l'eliminazione urinaria.

Solo così potremmo logicamente interpretare la scarsa eliminazione in sostanza iperglicemizzante nel caso di acromegalia complicato a diabete: solo così potremmo darci ragione della diminuita eliminazione frequentemente osservata dopo impianto di ipofisi, specialmente nel caso della bambina ipoplasica e diabetica (caso 6) che pur presentò, in conseguenza dell'impianto, una accentuazione della sindrome diabetica.

Ond'è che queste nostre ricerche sembrano convalidare e confermare l'ipotesi di una influenza ipofisaria sulla produzione, utilizzazione ed eliminazione urinaria della sostanza iperglicemizzante in parola.

RIASSUNTO.

A complemento di ricerche precedenti intese alla precisazione della genesi, natura e significato di una sostanza ad azione iperglicemizzante normalmente eliminata con le urine, gli AA. hanno saggiato comparativamente la intensità di tale eliminazione in bambini affetti da insufficiente sviluppo somatico e genitale a sfondo ipofisario, prima e dopo impianto di ipofisi di vitello. Descrivono la tecnica dell'impianto e dimostrano, in base anche a dati ottenuti in ricerche collaterali sugli stessi soggetti da altri AA. (aumentata eliminazione di ormone gonadotropo, di sostanze androgene, elevazione del M. B. e dell'a d. s.) l'attività, sia pur transitoria, della ghiandola impiantata. Dimostrano inoltre un'azione normalizzatrice sulla eliminazione urinaria di sostanza iperglicemizzante esplicata da questo intervento. Discutono i risultati delle loro esperienze in base ai dati delle ricerche precedenti e alle conoscenze di fisiopatologia ipofisaria.

BIBLIOGRAFIA.

1. Antognetti e Patrono. *Ormoni*, 2, 273, 1940.
2. Id. *Riforma Medica*, 56, 467, 1940.
3. Id. Minerva Medica, 1940.
4. Id. Pathologica, 1940.
5. Dartigues e Kfouri. Citati da Jeanneney e Foucault. *Technique opératoire des glandes endocrines*. Doin Ed. Paris, 1938.
6. Kylin. Med. Klin. 45, 1497, 1937.
7. Jeanneney e Foucault. Op. cit.
8. Barbarossa. In corso di pubblicazione.
9. Scopinaro. In corso di pubblicazione.
10. Castellini. In corso di pubblicazione.
11. Mompo. In corso di pubblicazione.
12. Pende. *Endocrinologia*. Vallardi Ed. 1934.

EPIDEMIOLOGIA

Istituto d'Igiene della R. Università di Pisa
Direttore: Prof. A. Alessandrini.

Segnalazione di un focolaio sconosciuto di gozzismo nell'Alto Appennino Umbro-Marchigiano.

Dott. Renato Scoccianti.

Lo scorso anno, esercitando le funzioni di medico condotto nel Comune di Montemonaco (provincia di Ascoli Piceno), ho avuto occasione di osservare numerosi casi di gozzo endemico, che ritengo interessante segnalare, dato che questa zona gozzigena delle Marche, per quanto mi consta, è sfuggita sino ad ora ad ogni descrizione e constatazione segnaletica.

Con la presente nota ho inteso, non soltanto colmare una lacuna nella carta nosografica del gozzismo in Italia, ma anche, dentro i limiti di una inchiesta personale, forzatamente modesta, ho voluto contribuire a porre in evidenza tutte le possibili caratteristiche ambientali del focolaio da me studiato, nell'intento di porre a disposizione degli studiosi nuovo materiale da utilizzare con il già esistente, per una sempre più approfondita visione del quanto mai complesso e difficile problema del gozzismo.

La zona gozzigena da me individuata, è situata nella parte montagnosa della provincia di Ascoli Piceno e precisamente interessa il Comune di Montemonaco; tuttavia posso affermare che anche nei comuni limitrofi di Montegallo e di Montefortino esistono casi di gozzo endemico.

La regione, che fa parte dell'Appennino Centrale Umbro-Marchigiano e delle sue prime propaggini, è geologicamente costituita per la maggior parte da arenarie e da schisti argillosi con più o meno vasti depositi morenici.

Si tratta di un esteso territorio montuoso di circa 8600 ett., rappresentato dal bacino imbrifero dell'alto Aso, limitato a settentrione dal Comune di Montefortino, a mezzogiorno dal Comune di Montegallo, ad est da Comunanza del Littorio, ad ovest dalle provincie di Perugia e di Macerata (vedi grafico).

Dal punto di vista orografico il territorio si presenta molto accidentato, infatti dalla quota minima di m. 596 si giunge a quote molto elevate che culminano con la vetta del Monte Vettore alto m. 2422.

Il sistema idrografico è determinato principalmente da due fiumi: l'Aso, che ha le sue sorgenti presso la frazione Foce ed attraversa il territorio da ponente a levante, raccogliendo nel suo corso le acque di molti torrenti, ed il Tenna che nasce dal versante opposto e, con l'Aso, sembrano quasi abbracciare nella loro ampia voluta la zona gozzigena da me osservata.

Il clima è a carattere alpino: estati brevi e miti, contrapposti ad inverni rigidi e nevosi.

Vengono notate forti escursioni notturne principalmente in primavera ed autunno: frequenti sono le nebbie, le brine, i venti, la neve.

Capoluogo del territorio sopradescritto è Montemonaco, caratteristico paese montano situato a 987 metri s. l. m., dal quale dipendono 20 frazioni rappresentate da agglomerati di poche case molte delle quali in condizioni igieniche deplorevolissime.

Il numero degli abitanti è di circa 1700; gente per lo più di costituzione robusta e ben conformata, la quale vive poveramente dato che le attività agrarie sono quasi limitate e circoscritte ai fondi valle.

Gli individui venuti alla mia osservazione con evidenti alterazioni a carico della tiroide sono stati 80; ma solo per trentadue di essi ho potuto raccogliere notizie anamnestiche e morfologiche degne di interesse.

Si tratta di individui quasi tutti di condizione poverissima e che abitano nelle frazioni del Comune. Da rilevare che la maggior parte dei casi di gozzismo osservati provengono dalle frazioni più basse (al disotto di 700-800 metri), che trovansi ubicate lungo la vallata del Tenna e dell'Aso; mentre un solo caso di gozzo mi è stato possibile individuare nelle frazioni al disopra dei 900 metri.

Riguardo all'età, sono colpiti in egual misura bambini, adulti e vecchi: in quanto al sesso i casi di gozzismo sono più frequenti a riscontrarsi nelle donne che negli uomini.

In tutti, lo stato di ipertrofia tiroidea è evidente con tutte le sue sfumature: da gozzi voluminosi si va al cosidetto « collo grosso » at-

traverso la gamma delle varietà anatomopatologiche per forma, consistenza e volume.

Dal lato psichico ed intellettuale in quasi tutti i casi osservati è evidente un certo ipoevolutismo senza raggiungere però i ben noti stati di cretinismo proprio alle zone del gozzo endemico delle Alpi.

Costituzionalmente solo in alcuni di essi ho riscontrato una vera deficienza di sviluppo corporeo.

Piuttosto che descrivere i vari casi clinici capitati sotto la mia osservazione, che non presentano del resto nulla di particolare rilievo al riguardo, ritengo invece interessante soffermarmi brevemente sulle condizioni di vita in cui versano i colpiti da gozzismo.

Purtroppo tali condizioni lasciano quanto mai a desiderare. Le descrizioni del Trikurakis nelle sue interessanti relazioni sul gozzismo in Val D'Aosta, sembrano quasi rispecchiare le note di miseria ambientale da me constatate nell'alto Appennino Umbro-Marchigiano.

Anche qui case oscure, veri tuguri, ospitano in poche stanze, prive di ogni benchè minimo conforto, famiglie numerose, le quali nei lunghi mesi invernali cercano di ripararsi dal freddo intenso raccogliendosi in un'unica stanza, dormendo nello stesso letto.

Veramente deficiente, sia qualitativamente che quantitativamente, l'alimentazione e niente affatto variata. Le castagne ed il latte costituiscono il cibo abituale. Durante l'inverno si nutrono giornalmente di un po' di polenta e di carne di maiale. Le frutta, i legumi e la carne di bue non entrano quasi mai nei loro frugalissimi pasti. Dato che nella regione di Montemonaco minimo è il raccolto dell'uva, la quale non giunge quasi mai a maturazione, non viene bevuta che acqua raccolta alle sorgenti.

Con saggia provvidenza, solo da poco tempo in tutte le frazioni di Montemonaco l'acqua è stata condottata.

Sulla etiologia del gozzo endemico, sebbene molto sia stato scritto e detto, ben poco sappiamo di sicuro.

Questo interessantissimo problema, che ha tanta importanza sociale, nonostante i pregevoli contributi di molteplici autori, è ancora lungi dall'essere risolto.

Grande valore è stato dato al *fattore idrico* e sopratutto alla « carenza iodica » dell'acqua. Studi relativamente recenti avrebbero messo in luce stretti rapporti fra potere radioattivo delle acque ed endemia strumica.

Da taluni autori si è pensato ad un *fattore infettivo e parassitario;* da altri si è invocato un *fattore climatico* ed un *fattore geologico;* da altri ancora è stato preso in considerazione il *fattore alimentare* ed il *fattore igienico;* altri infine hanno parlato di un *fattore locale* del gozzismo endemico indipendentemente dall'alimentazione, dall'acqua o da qualsiasi altro dei fattori presi in causa.

A mio modesto modo di vedere e per quel che si riferisce al focolaio di gozzismo da me riscontrato nell'Alto Appennino Umbro-Marchigiano, due sono i fattori dominanti che devono essere presi in particolare considerazione: l'uno rappresentato dalle condizioni miserevoli, intese nel più ampio significato della parola, in cui vivono da tempo remotissimo quelle popolazioni; l'altro dal fattore ereditario, che ha certamente il suo indiscusso valore, se non altro come di predisposizione al gozzo.

Infatti in moltissimi dei casi da me osservati è risultato dalle anamnesi familiari che il bisnonno, il nonno e il padre avevano presentato la stessa alterazione tiroidea, trasmessa poi di generazione in generazione ai figli.

In quanto al fattore alimentare mi ha sopratutto impressionato non tanto la deficienza quantitativa quanto la qualità dei cibi che è pochissimo variata. Questa osservazione d'altra parte trova conferma nel fatto che famiglie abitanti nella stessa frazione della zona gozzigena, ma solo più agiate, che vivono in condizioni igieniche indubbiamente migliori e con possibilità di un vitto più variato e completo, non presentano nè i segni della deformazione nè quelli della insufficienza tiroidea.

RIASSUNTO.

L'A. segnala un ignorato focolaio di gozzismo endemico riscontrato nell'Alto Appennino Umbro-Marchigiano. Descrive le caratteristiche ambientali della località, si sofferma ad esaminare sopratutto il fattore economico, igienico ed ereditario che, secondo l'A. hanno una importanza dominante nella etiologia del processo morboso.

BIBLIOGRAFIA.

AMBROSI V. *Il gozzismo di fronte al problema demografico secondo gli ultimi dati statistici.* Riv. Ospedaliera, Vol. XXIX, 1939, pag. 271.

BUSINCO L. *Un focolaio di gozzismo nell'Appennino Modenese.* Scritti biologici, Vol. XII, 1937, pag. 79.

IONA C. *Considerazioni etiopatogenetiche sul gozzismo.* Rassegna Internaz. di Clinica e terapia, n. 23, 1939, pag. 836.

MARCOVECCHIO E. *Inchiesta sul gozzismo in Valtellina.* Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno, n. 2, 1938, pag. 375.

PIGHINI G. *Radioattività, iodio, alterazioni della tiroide.* Rivista Sperimentale, Vol. LIX, 1935, pag. 73.

PIGHINI G. e RULKE. *Misure di radioattività in zone di gozzo endemico.* Radiobiologia generale. Vol. IV, 1935, pag. 111.

TRIKURAKIS G. *Gozzismo: teoria silicea e profilassi jodica.* Policlinico (Sez. pratica), Vol. XLVII, 1939, Pag. 87.

ID. *L'andamento del gozzismo in provincia d'Aosta ecc.* Archivio per le scienze mediche. Vol. LXII, 1939, pag. 650.

ID. *Vedute e considerazioni sul gozzo.* Rassegna internaz. di clinica e terapia, 23, 1939, pag. 1185.

STUDI RIASSUNTIVI

La profilassi del "tifo esantematico" e gli studi sulle Rickettsiosi in A. O. I.

Il contributo dei nostri studiosi italiani.

Prof. FRANCESCO GIUGNI

Da qualche tempo la nostra letteratura medica segnala gli studi e le ricerche che un gruppo di studiosi italiani sta attuando in A. O. I. per la profilassi del « tifo esantematico », e il periodico « Minerva Medica » molto opportunamente ha dedicato il n. 4 del 28 gennaio 1940 alla illustrazione di questi studi.

Le ricerche, suggerite da piccoli focolai endemici di tifo esantematico verificatisi in alcune regioni del nostro Impero, riguardano principalmente lo studio delle Rickettsie, cioè di quei microrganismi che, per consenso oggi pressochè unanime, sono considerati gli agenti patogeni della malattia; nonchè la preparazione di vaccini profilattici e curativi, principalmente secondo il metodo ideato dal Weigl, lo scienziato Polacco che personalmente ha collaborato a queste ricerche ad Addis-Abeba.

Questo complesso di importanti ricerche ha avuto una vittima nell'eroico giovane dott. Ferruccio Pistoni, già direttore del Laboratorio Batteriologico di Asmara, poi di quello di Addis-Abeba, deceduto nel marzo 1939 a Tripoli in seguito ad infezione contratta durante le sue esperienze sul virus del tifo esantematico.

Le pubblicazioni dei nostri studiosi riguardano l'andamento clinico della malattia esantematica, i suoi rapporti con altre forme epidemiche, in particolar modo con le « febbri ricorrenti », con le « febbri esantematiche del litorale mediterraneo », e riportano ricerche di carattere epidemiologico e batteriologico sull'uomo e sugli animali, nonchè esperienze di ordine parassitario specie per la preparazione del vaccino specifico.

Esse sono dovute oltre che al compianto dott. Pistoni, al prof. G. Mariani direttore del Laboratorio per lo studio delle Rickettsiosi in Addis-Abeba, ai proff. D'Ignazio e Borra, rispettivamente direttori degli Ospedali « Duca degli Abruzzi » e « Principessa di Piemonte », e ad alcuni specialisti, come l'oculista prof. Guerra, l'otoiatra dott. Sangiovanni; e ad altri collaboratori, i dott. Lombardi, Borelli, D'Arcangelo, Caruso, Del Campo, ecc.

Mentre esemplare è la collaborazione tra questi studiosi, sotto le direttive dell'Ispettorato Generale di Sanità, rappresentato in A. O. dal prof. Basile, i nomi e i lavori dei nostri valenti tropicalisti, riportati nel diffuso periodico, attestano quella attività nel campo della medicina coloniale, che va di pari passo con la feconda opera di colonizzazione agricola e industriale del nostro Impero

Gli studi sul « tifo esantematico » rivestono poi oggi un particolare interesse, non solo per la profilassi del nostro impero coloniale, ma per gli ammaestramenti venutici dalla guerra mondiale del 1914-1918, che portò ad una diffusione della malattia anche in Europa e ad un ravvivarsi di focolai endemo-epidemici negli altri continenti; perchè l'attuale stato di guerra fra alcune grandi nazioni, con gli spostamenti di masse di combattenti specie dall'Oriente verso l'Europa, costituisce un grave pericolo per la propagazione di malattie infettive, tra le quali primeggia il « tifo esantematico », che è trasmesso dai pidocchi; e la cui demicità è sinonimo e conseguenza di devastazioni, di miseria, di fame; ciò che è d'ordinario il retaggio delle guerre.

*
* *

Rievocando qui brevemente la sintomatologia clinica del « tifo esantematico », o « tifo petecchiale », o « dermotifo », è opportuno accennare sinteticamente ad alcuni dati relativi alla sua epidemiologia, e sopratutto agli studi recenti sui metodi di difesa contro la malattia, ai quali contribuiscono così alacremente, come ho accennato, i nostri studiosi italiani in Africa Orientale.

Dopo un periodo di incubazione che va dai 10 ai 15 giorni, e che generalmente è asintomatico, si ha un esordio rapido, con febbre spesso accompagnata da brivido e talvolta da vomito. La temperatura subitamente elevata, con lievi remissioni, raggiunge il suo acme in 3ª, 4ª giornata, accompagnata da cefalea violenta, da dolori muscolari e articolari, insonnia, nausea, abbattimento profondo. I malati presentano un aspetto particolare, con le guance e le congiuntive arrossate come negli ubriachi (facies del tifo esantematico). L'esantema appare dopo 4, 5 giorni da tale inizio, e interessa prima l'addome e il petto, estendendosi poi alle braccia e alle cosce, e talvolta al dorso, ai piedi e alle mani. L'efflorescenza, a tipo di roseola, assume un aspetto maculoso che dal colore rosso chiaro del primo giorno passa ad una tinta azzurrognola. Le macule, della grossezza di una testa di spillo a quella di una lenticchia, sono spesso circondate da un alone grigio-blu.

Le emorragie sottocutanee o petecchie appaiono, non sempre, ma in molti casi specie alle spalle o in punti dove la cute va soggetta

a urti o a compressioni; ciò che ha dato alla malattia anche il nome di « tifo petecchiale ».

Con la « prova del laccio » (segno di Frugoni-Giugni) viene facilmente provocata la comparsa dell'esantema o un aumento nell'evidenza delle macule, e questo segno può avere un valore diagnostico nei primordi della malattia, prima della comparsa dell'esantema, e lo ha in senso prognostico per determinare la scomparsa dell'azione tossica del virus sui capillari.

In periodo più avanzato della infezione si osserva uno sfaldamento superficiale dell'epidermide in piccole squame, che si può provocare con evidenza soffregando la cute con un dito (fenomeno della gomma da cancellare, Brauer).

Regredendo la febbre per lisi, ma piuttosto rapidamente alla fine della seconda settimana, l'esantema impallidisce e la cute si desquama, mentre i sintomi soggettivi subitamente si attenuano e scompaiono, si modera la frequenza del polso, torna umida la lingua e ricompare l'appetito.

Nella maggioranza dei casi si ha una lieve infiammazione delle prime vie respiratorie all'inizio della malattia, raramente vere complicanze bronco-polmonari, mentre il centro circolatorio di solito non è compromesso, e invece è evidente un disordine del circolo periferico, con notevole abbassamento della pressione sanguigna che può raggiungere gli 80, 90 mm. di Hg., e costituisce di per sè un criterio per la diagnosi.

In alcuni soggetti, prima ancora della comparsa dell'esantema, si manifesta sul palato molle un enantema, che in genere è di breve durata.

La lingua è arrossata ai bordi, ricoperta da patina, e diviene arida e fuliginosa, mentre nelle funzioni intestinali predomina a volte la diarrea, più spesso la stitichezza.

La milza si rileva precocemente ingrossata e dolente alla palpazione, mentre è più raro un ingrandimento del fegato.

Nel quadro sintomatologico predominano in genere i fatti interessanti il sistema nervoso, con cefalea iniziale violenta, delirio, allucinazioni, e talvolta un vero quadro di meningismo, ben descritto da Borra e D'Ignazio; e subentrano poi, in periodo di convalescenza, fatti di abbattimento ed apatia profondi.

Accanto a forme cliniche gravi e rapidamente mortali, che vanno sotto il nome di « tiphus siderans », esistono forme a decorso lieve, ambulatorio.

Tra le molteplici complicanze, che possono interessare gli organi e gli apparati più diversi, sono da segnalare come coratteristici dei fatti trofici a tipo di cancrena, che colpiscono le dita dei piedi o delle mani, e sono consecutivi alle lesioni vasali proprie della infezione.

*
* *

L'etiopatogenesi di questa malattia a carattere fortemente contagioso è quella che ha attirato maggiormente l'attenzione degli studiosi in questi ultimi anni, specie in conseguenza della sua diffusione, che in Russia, nel dopo guerra, è stata impressionante.

Dei numerosi microrganismi isolati dal sangue o descritti negli organi dei colpiti da tifo esantematico, e supposti come agenti della malattia, nessuno ebbe conferma decisiva, nè fu rinvenuto nell'ectoparassita, identificato come il trasmettitore del virus.

Weil e Felix dall'aver rinvenuto nelle orine di un tifoso un microrganismo, il Proteus X 19, che veniva agglutinato dal sangue del malato stesso (e fu perciò sulle prime sospettato quale agente patogeno), portarono un prezioso contributo alla diagnosi della malattia, perchè tale agglutinazione per il Proteus si mostrò costante e ad alto titolo in tutti i malati di tifo esantematico; e viene in tal senso normalmente usata a scopo diagnostico.

Ma ciò che ha portato un notevole progresso allo studio e alla conoscenza del tifo esantematico è stata la scoperta di Nicolle, Conseil e Conor, che il pidocchio delle vesti è, se non l'unico, il principale veicolo di diffusione della malattia. Il pidocchio, infetto dall'aver succhiato il sangue del malato, solo dopo 4-8 giorni è in grado di trasmettere la malattia, ma può albergare per lungo tempo il virus nel suo intestino, e secondo alcuni trasmetterlo anche alle successive generazioni.

Ancor più importante fu la scoperta dovuta a Ricketts e Wilden che nel sangue dei tifosi notarono dei corpiccioli, a forma di cocchi o bastoncelli, a colorazione polare, che il Prowazek riscontrò poi nell'intestino del pidocchio, e che vanno sotto il nome di Rickettsie-Prowazecki.

Senza addentrarci nelle discussioni relative alla natura di questi microrganismi, che non appartengono alla classe dei bacteri nè ai protozoi, è accertato che la loro inoculazione nell'uomo, o direttamente o attraverso la morsicatura del pidocchio, dà origine alla malattia esantematica.

Esistono diverse varietà di Rickettsie, non tutte patogene per l'uomo; e alla identificazione di queste varietà sono rivolti gli importanti studi del Mariani ad Addis-Abeba, nel

*

laboratorio sorto per diretto interessamento del Vicerè, S. A. il Duca D'Aosta.

Oltre la Rickettsia Prowazeki, che è patogena per l'uomo, per il pidocchio e per altri animali, è stata identificata ad Addis-Abeba la Rickettsia pediculi che solo eccezionalmente è patogena per l'uomo e non per il pidocchio e per altri animali, e la Rickettsia Rochalimae, non patogena per l'uomo e per gli animali da esperimento e patogena eccezionalmente per il pidocchio. Ed altre varietà di Rickettsie patogene per gli animali vennero pure identificate; la Rickettsia ruminantium, che è l'agente etiologico dell'idro-pericardite infettiva dei ruminanti, la Rickettsia mooseri, e l'orientalis.

Il riscontro di queste rickettsie nell'intestino dei pidocchi portò come immediata conseguenza per la difesa da questa malattia contagiosa la distruzione degli ectoparassiti; e tutti i presidi igienici furono mobilitati, specie in periodo di epidemia, per liberare le popolazioni e preservarle dai pidocchi.

Si è dovuto constatare però che le pratiche di spidocchiamento, anche se eseguite coi sistemi più estesi e rigorosi, non sono sufficienti a sradicare la malattia nelle località dove essa è endemica; e ciò non soltanto per le ben comprensibili difficoltà di ottenere la distruzione totale di questi parassiti, ma per la constatazione dell'esistenza di casi frusti dell'infezione, che in periodo interepidemico possono decorrere latenti e mantenersi anche per molti mesi nel silenzio completo di ogni sintoma. Sono questi portatori di virus che in particolari circostanze, di insufficiente alimentazione o di altre cause debilitanti, possono presentare un subito risveglio della malattia, ed infettare di conseguenza i pidocchi di cui sono eventualmente portatori, costituendo dei nuovi focolai di ripresa dell'infezione tra le popolazioni dove essa era considerata da tempo scomparsa.

È in questi casi di infestazione, favorita da un complesso di cause d'ordine economico e sociale difficilmente superabili, che si è tentato una vaccinazione a scopo profilattico, e si deve al Weigl, lo scienziato Polacco, direttore dell'Istituto di Biologia Generale di Leopoli, la preparazione di un vaccino ottenuto coltivando la Rickettsia Prowazeki nell'intestino dei pidocchi, e inoculando nell'uomo i microrganismi uccisi, allo scopo di provocare una immunità contro il tifo esantematico.

Nella capitale del nostro Impero il ricordato laboratorio per lo studio delle Rickettsiosi, diretto dal prof. Mariani, prepara il vaccino del Weigl in quantità notevole, tanto che nel 1938 furono praticate n. 13.076 vaccinazioni.

È importante conoscere alcuni particolari del funzionamento di questo laboratorio, che attestano la solerte attività dei nostri sanitari nell'Impero. Una sezione di esso è adibita all'allevamento dei pidocchi che vivono e vengono nutriti in apposite scatolette ingegnosamente congegnate. Siccome ogni dose di vaccino richiede 100 pidocchi, l'allevamento deve essere in grado di dare almeno 1200 nuovi nati al giorno. Gli insetti, distribuiti nelle scatolette e posti in termostato a 35° vengono alimentati due volte al giorno, fissando la scatoletta che li contiene alle gambe di donatori di sangue, dove restano per circa 50 minuti. Dopo una dozzina di giorni dalla nascita, i pidocchi sono pronti ad essere infettati ed è questa l'operazione più minuta e delicata. Una emulsione infettante di Rickettsie viene introdotta attraverso l'orificio anale nell'intestino di ogni insetto per mezzo di una sottilissima pipetta di vetro, operando asetticamente e sotto il campo microscopico.

I pidocchi così infettati sono rimessi nelle scatole e posti in termostato, per intraprendere poi un'altra minutissima operazione quale è quella di dissecare ed esportare gli intestini dove si sono sviluppate le Rickettsie.

Il materiale così raccolto, sempre operando in campo sterile, diluito in soluzione fisiologica fenicata e centrifugato, viene infialato ed è pronto ad essere iniettato a scopo vaccinante.

Si pratica la vaccinazione all'uomo iniettando sotto cute tre dosi crescenti di questa emulsione di Rickettsie, ed ogni singola quantità iniettata secondo il metodo Weigl, equivale generalmente a 100 dosi pidocchio, intendendosi per dose pidocchio le Rickettsie contenute nel tubo digerente di un pidocchio infettato per via anale.

Una tecnica così minuziosa e di delicatissima attuazione, pur avendo permesso alla diligente attività dei nostri sanitari un numero rilevante di efficaci vaccinazioni preventive, potrà venir praticata a quei gruppi di persone obbligate a vivere in località infette da dermotifo, ma non potrà certo essere estesa ad intere popolazioni, in regioni dove la malattia è endemica, e tanto meno in periodo epidemico.

Gli studi sull'immunità crociata e sui rapporti tra febbri tifo-simili e tifo esantematico hanno portato alla conoscenza che il « tifo murino » inoculato all'uomo, mentre non dà che una modica reazione febbrile con lieve esantema, determina una immunità per il tifo esantematico.

Dalle cavie infettate col tifo murino il Blanc,

sottoponendo gli organi di questi animali all'azione della bile di bue, ha ottenuto un virus vaccino attenuato, che pur provocando immunità nell'uomo non dà alcun segno evidente di malattia.

Il così detto « vaccino murino biliato » di Blanc è stato largamente sperimentato nel Marocco, dove furono vaccinate 50.000 persone, senza aversi reazione febbrile e senza incidenti di sorta, incidenti che si sono avuti invece piuttosto gravi nelle vaccinazioni eseguite nel Chilì; ciò che rende tuttora discutibile l'impiego di questo virus vaccino vivente.

Un altro vaccino da un virus tifo-simile, emulsionato con giallo d'uovo e olio d'oliva, è stato preparato da Laigret, ma benchè nessun incidente si sia verificato sinora nel suo uso, resta sempre il dubbio che questo, come gli altri virus viventi, possano subire improvvise esaltazioni di virulenza, o se iniettati in soggetti debilitati e con scarse resistenze, possano provocare vere e proprie manifestazioni di tifo esantematico, con conseguente infezione dei pidocchi di cui fossero eventualmente portatori questi soggetti.

È stato dimostrato che un notevole valore profilattico possiede anche il siero di convalescenti di tifo esantematico, come pure il siero di animali immunizzati artificialmente contro questa malattia. Benchè la protezione conferita dal siero di convalescenti sia di breve durata, che non va oltre le due, tre settimane, essa presenta un'efficacia indubbia di carattere preventivo, mentre quella curativa, tentata in malati di tifo esantematico con lo stesso siero di convalescente, non ha dato risultati convincenti.

Anche il siero di cavalli artificialmente immunizzati con Rickettsie ha mostrato, in esperimenti eseguiti nel Messico, dei risultati soddisfacenti per la prevenzione contro il tifo murino; ma non sono state attuate finora esperienze di protezione contro il tifo esantematico da pidocchi.

*
* *

Le conclusioni che possono trarsi oggi dal complesso di questi studi rivolti alla profilassi del tifo esantematico, studi a cui si informa l'opera dei nostri valenti sanitari in A. O. I., possono così concretarsi:

Quando siano identificate zone endemiche di tifo esantematico con minaccia di diffusione epidemica, è necessario anzitutto intensificare le pratiche di spidocchiamento delle popolazioni civili, dei reparti militari e specialmente degli indigeni, mentre un'attentissima vigilanza deve essere rivolta alla diagnosi precoce di dermotifo, per il pronto isolamento delle sorgenti infettive.

In queste evenienze sarà opportuno vaccinare con un vaccino morto, tipo Weigl, il personale sanitario e di assistenza, nonchè quelli obbligati dalle loro mansioni a restare in contatto più o meno diretto dei focolai verificatisi.

Se l'epidemia prendesse sviluppo, è opportuno raccogliere nella maggior quantità possibile il siero di convalescenti, per estendere la vaccinazione preventiva alla popolazione e ai reparti militari.

Siccome in questo caso i vaccini morti, per le difficoltà della loro preparazione su larga scala, non potranno essere estesi a grandi masse di individui, si potrà ricorrere ai virus vaccini vivi, che possono ottenersi rapidamente e in grande quantità, purchè nella tecnica della loro preparazione e nelle loro applicazioni venga usata una rigorosa sorveglianza da parte delle Autorità Sanitarie.

Lugo di Ravenna, aprile 1940-XVIII.

RIASSUNTO.

È brevemente tracciata la sintomatologia clinica del « tifo esantematico », la sua etiopatogenesi, l'epidemiologia, i mezzi curativi e di difesa, fra cui la vaccinazione col sistema Weigl, adottata su larga scala in A.O.I. dai nostri sanitari, dei quali l'O. illustra la solerte attività.

TECNICA MEDICA

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
REPARTO OTORINOLARINGOIATRICO
DELL'OSPEDALE DEL LITTORIO

CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA
diretti dal prof. GIORGIO FERRERI.

Particolare tecnica di tamponamento nasale anteriore.

Dott. EDMONDO COPPO, aiuto.

L'emorragia nasale è un evento così frequente che non esiste medico pratico che non sia stato chiamato più volte per arginare epistassi più o meno violente che avevano allarmato sia l'ammalato che i famigliari.

È notorio che l'emorragia nasale può essere domata in numerose maniere e che il metodo elettivo immediato è rappresentato dal cosidetto tamponamento nasale che viene distinto in tamponamento anteriore e tamponamento posteriore.

Tralasciando di parlare del tamponamento posteriore che ha speciali indicazioni e particolare tecnica ben nota, ho creduto utile portare a conoscenza il tipo di tamponamento anteriore da noi eseguito oramai da numerosi anni e con ottimo esito nel Reparto Otoiatrico degli Ospedali Riuniti di Roma.

Trattasi di una tecnica semplice, alla portata di qualunque medico pratico e che dà i migliori risultati evitando sopratutto le sinechie endonasali che facilmente possono stabilirsi quale esito di un tamponamento serrato e malaccorto.

Prima di esporre la tecnica da noi seguita, è necessario ricordare per sommi capi: l'irrorazione delle cavità nasali, la topografia delle zone emorragipare e la generica azione di un tampone emostatico sulle ferite.

1) L'irrorazione delle cavità nasali è ricchissima: concorrono infatti alla vascolarizzazione della pituitaria i due sistemi carotidei esterno ed interno, e precisamente: la carotide esterna mediante l'arteria sfenopalatina o arteria dell'epistassi (ramo della mascellare interna); la carotide interna mediante le due arterie etmoidali anteriore e posteriore.

I vari rami arteriosi decorrono sulle due pareti mediale e laterale della fossa nasale anastomizzandosi a più riprese.

Una delle principali zone anastomotiche è situata in corrispondenza della parete antero inferiore del setto nasale, circa 1 cm. al di sopra della spina nasale, costituendo a questo livello il cosidetto locus Valsalvae: che rappresenta la sede d'elezione del maggior numero di epistassi.

2) Praticamente le emorragie delle cavità nasali possono venir distinte in 2 grandi gruppi:

I) emorragie non operatorie o spontanee in senso lato;

II) emorragie post-operatorie;

A seconda poi della sede del focolaio d'emorragia distingueremo ancora in modo schematico:

I) epistassi mediali o settali localizzate sui rami arteriosi che decorrono sul setto;

II) epistassi laterali o turbinali in cui il focolaio emorragiparo ha sede sulla parete laterale della fossa nasale.

Nelle epistassi post-operatorie la topografia del focolaio d'emorragia è naturalmente già nota e nella maggioranza dei casi ha sede in corrispondenza della parete laterale (turbinotomie), più raramente trattasi di emorragie mediane o settali.

Le epistassi non operatorie sono quelle che che maggiormente interessano il medico pratico e sono d'altronde le più frequenti. Escludendo le emorragie da tumori maligni che hanno particolari caratteri, le epistassi non operatorie o spontanee, sono localizzate sui rami arteriosi che decorrono sul setto: sono quindi emorragie essenzialmente settali o mediane.

Il medico chiamato urgentemente per una emorragia nasale non operatoria localizzerà quindi il focolaio d'emorragia sul setto.

3) Il tampone che viene posto su una qualunque ferita a scopo emostatico, deve rispondere ai seguenti principali requisiti:

a) deve comprimere la superficie sanguinante quel tanto che basti ad impedire una successiva fuoriuscita di sangue dai vasi;

b) deve facilitare, quale corpo estraneo, la formazione del trombo;

c) deve impedire, nel limite del possibile, l'infezione della ferita stessa proteggendola dagli agenti esterni.

Per tali ragioni una ferita emorragica, viene tamponata con compresse di garza asettica semplice o imbevuta con sostanze coagulanti. Raggiunto lo scopo, dopo alcuni giorni, il materiale del tamponamento viene rimosso, quando il processo di organizzazione del coagulo è già progredito.

I concetti che abbiamo esposti valgono naturalmente anche per le emorragie nasali però se in queste facile appare lo stipare nelle na-

rici un nastro di garza a scopo emostatico, indaginosa può divenire la rimozione del tampone stesso e ciò per varie ragioni.

In primo luogo è risaputo che in una cavità nasale è sconsigliabile far soggiornare a lungo un tampone e ciò per il pericolo di gravi complicazioni quali otiti, mastoiditi, sinusiti, ecc. dovute all'esaltazione della flora microbica nella cavità nasale (cavità chiusa).

Per evitare tali pericoli la garza stipata nella cavità dovrà essere rimossa non oltre le 48 h. e talora anche più presto, in ogni caso sempre prima che il coagulo sia completamente organizzato. Tale rimozione precoce della garza determina sempre un trauma che, anche se minimo, data la non completa organizzazione del trombo, farà di nuovo sanguinare la superficie obbligando a nuovo tamponamento.

In secondo luogo, e ciò è della massima importanza, lo sfregamento del tampone, specialmente in tamponamenti successivi, produrrà escoriazioni anche sulla superficie opposta a quella sanguinante, ciò che molto spesso determina, nel processo di cicatrizzazione, la saldatura fra le due superfici. Si forma così la sinechia che unirà a guisa di ponte la regione settale alla laterale; esito questo veramente grave dal punto di vista funzionale, specie se consegue a intervento nasale che doveva aumentare la permeabilità nasale.

Il tamponamento anteriore che verremo esponendo e che possiamo chiamare tamponamento per scorrimento, mentre da una parte elimina gl'inconvenienti qui sopra esposti, per la sua facile e progressiva rimozione a strati, risponde perfettamente ai requisiti richiesti permettendo senza pericolo, la completa organizzazione del trombo eliminando la possibilità di complicazioni settiche e la formazione di sinechie.

Tecnica del tamponamento.

Ci serviamo di tamponi di cotone compresso rivestiti di garza sulle loro due facce, chiamati anche « tamponi americani » (fig. 1).

Tali tamponi vengono rifilati volta per volta a seconda dell'ampiezza delle narici.

Per ogni lato da tamponare vengono usate due lamine fra le quali viene posto un piccolo rettangolino di tampone compresso e ciò per facilitare lo scorrimento nel momento dello stamponamento (fig. 2).

Le due lamine non sono poste allo stesso livello: quella che dovrà venire a contatto con la superficie sanguinante e quindi ultima a essere rimossa, si farà scivolare meno in avanti dell'altra (fig. 2).

Ricordando ora che la narice presenta all'osservatore una parete mediale liscia (setto) e una laterale convessa (parete turbinale), all'insieme delle due lamine daremo una concavità rivolta verso la parete turbinale in modo che il tampone possa abbracciare e aderire al turbinato inferiore.

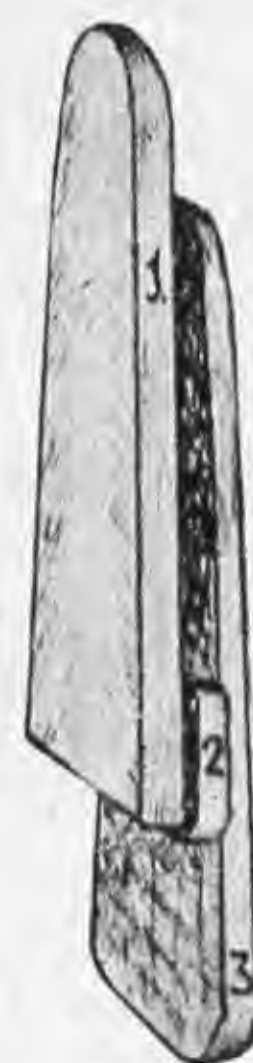



FIG. 1. FIG. 2.

FIG. 1. — Tampone americano

FIG. 2. — Disposizione delle lamine per il tamponamento: 1) Lamina che viene a contatto con la superficie sanguinante; 2) Rettangolino di tampone interposto per favorire lo scorrimento; 3) Lamina a contatto con la superficie non sanguinante.

Così preparato il tampone viene afferrato con una comune pinza (fig. 3) avendo l'avvertenza di rivolgere, come si è detto, la lamina più spostata in avanti verso la superficie non sanguinante.

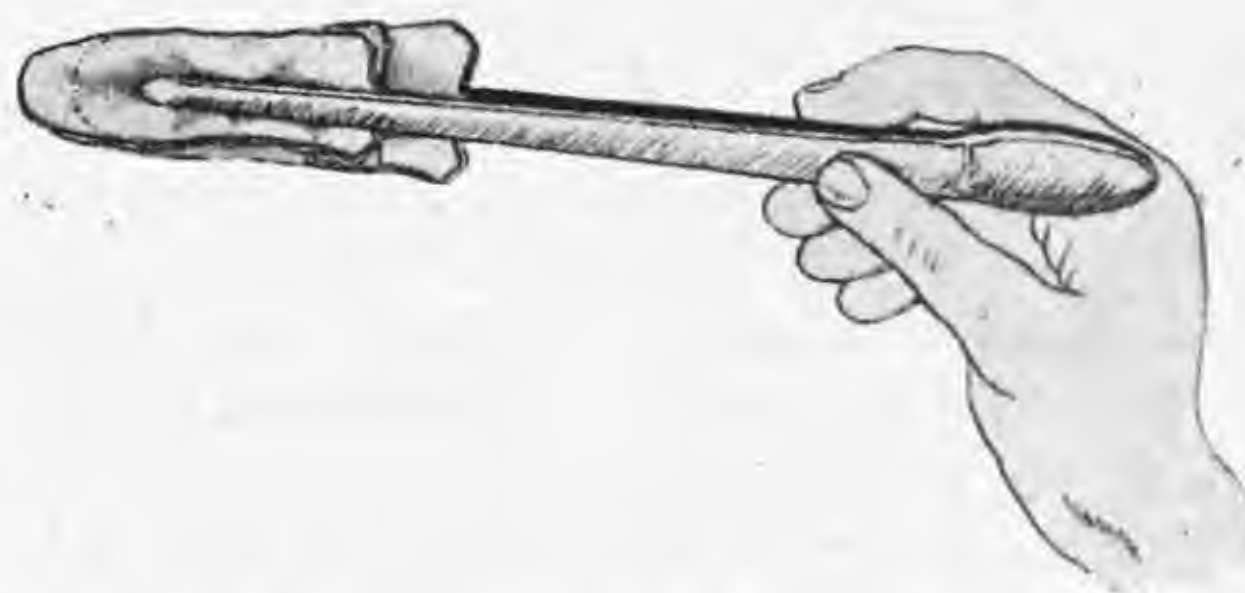



FIG. 3. — Il tampone è pronto per essere introdotto nella narice con la curvatura verso la parete turbinale.

Con delicatezza il tampone verrà spinto nella narice in senso antero-posteriore e si adatterà facilmente, per la concavità a doccia impressa alle lamine, alla convessità del turbinato inferiore (fig. 4).

Una volta a posto, il tampone sarà imbevuto di acqua ossigenata mediante un comu-

ne contagocce. L'acqua ossigenata verrà fatta gocciolare lentamente in modo che tutto il tampone possa bagnarsi.

Sotto l'azione dell'acqua ossigenata, il tampone compresso si rigonfia, esplicando al massimo la funzione emostatica compressiva.

Dopo 24-48 h. si procederà alla rimozione che sarà solamente parziale. A tale scopo, con una pinza si afferra la porzione di tampone visibile all'ingresso della narice, porzione che corrisponde alla lamina più anteriore, e precisamente a quella che non è a contatto con la superficie sanguinante. Si esegue una trazione delicata e la lamina, scorrendo sulla piccola porzione di tampone intermediario, verrà facilmente asportata. Nella cavità nasale rimarrà in questo momento solo la seconda lamina, aderente alla zona d'emorragia, che permette già un discreto passaggio all'aria diminuendo la possibilità di complicazioni settiche.

FIG. 4. — Il tampone preparato viene introdotto nella narice (la figura illustra un caso di emorragia settale il che appare evidente dalla disposizione della lamine del tampone).

Nei giorni seguenti potranno asportarsi successivamente i vari strati della seconda lamina, finchè, circa alla quarta giornata dal tamponamento, rimarrà l'ultimo strato, costituito dalla sola garza di rivestimento, che a sua volta cadrà spontaneamente quando la cicatrizzazione sarà completa.

Seguendo la tecnica esposta vengono eliminati i vari inconvenienti propri agli altri sistemi di tamponamento anteriore.

La possibilità di rimuovere strato per strato e successivamente le varie parti del tampone, dà modo a questo di essere lasciato più a lungo in situ; potendo areare precocemente la cavità nasale si riduce il pericolo delle complicanze e si ovvia alla possibilità di nuovi tamponamenti perchè la parte aderente alla superficie sanguinante viene rimossa solo in ultimo, a organizzazione completa del trombo.

Finalmente, il piccolo strato di garza che resta a contatto della zona emorragipara e che viene spontaneamente eliminato a completa cicatrizzazione, impedisce in modo assoluto la possibilità di neoproduzioni connettivali e conseguenti sinechie.

RIASSUNTO.

L'A. descrive una particolare tecnica di tamponamento nasale anteriore in uso presso il Reparto Otoiatrico dell'Ospedale del Littorio. Questo tamponamento definito anche per scorrimento, presenta numerosi vantaggi: è di facile applicazione, impedisce la possibilità di complicazioni d'origine nasale e sopratutto non dà esito a sinechie. Tale tamponamento viene eseguito mediante lamine di cotone compresso note anche col nome di tamponi americani.

BIOGRAFIE

In memoria del Prof. GIUSEPPE TUSINI

Il giorno 23 maggio corrente, all'età di 74 anni da poco compiuti, sorretto da quella fiducia in Dio che aveva sempre avuta viva nel cuore, serenamente si spegneva in Milano, dopo una malattia durata circa 4 mesi e rimasta oscura nella origine e nella natura sua, il prof. GIUSEPPE TUSINI, emerito di Clinica chirurgica nell'Università di Genova, volontario di guerra, medaglia d'argento al valor militare, medaglia d'oro al merito della C. R. I., tessera ad honorem 1923 del P. N. F., senatore del Regno.

Le presenti righe, scritte dal più vecchio dei suoi discepoli, cercano di far rivivere qui per un istante l'immagine del compianto Maestro e di ricordarlo ai cultori delle scienze medico-chirurgiche, agli amici ed estimatori che Egli ebbe innumerevoli, agli allievi che amò come un padre.

* * *

GIUSEPPE TUSINI fu una figura complessa di chirurgo, di educatore, di uomo di azione e di soldato, che da vicino ricorda alcuni esempi luminosi di chirurghi combattenti, che parteciparono alle prime guerre del nostro Risorgimento Nazionale: in particolare Edoardo Bassini.

Studente di medicina in Genova e allievo del Ceci seguì, appena laureato, il maestro allorchè questi passò dalla Patologia Chirurgica di Genova alla Clinica chirurgica di Pisa. Alla scuola del Ceci, grande patologo e chirurgo, profondo scienziato e finissimo diagnosticatore, il Tusini fece tutta la sua carriera, prima come assistente, poi come aiuto, poi come libero docente, trovando il tempo e il modo, pur nel lavoro di una clinica laboriosissima, di perfezionarsi in Istologia patologica alla Scuola del Maffucci ed in batteriologia alla scuola del Di Vestea. Alla morte del Paci (1902) ebbe in Pisa l'incarico dell'insegnamento della Patologia chirurgica, e ne coprì di lì a poco la cattedra come titolare, prima straordinario e poi ordinario. Nel gennaio 1915 passò alla Clinica Chirurgica di Modena, poi, dopo un anno, a quella di Parma, finchè, dopo la Guerra Europea, fu chiamato a quella di Genova, che tenne fino ad aver raggiunti (1936) i limiti di età.

Notevole è stata la sua produzione scientifica, tutta pregevole per serietà di indirizzo, rigore di metodo e di ragionamento. Essa sopra tutto si caratterizza per precisione di osservazione, limpidità di parola, finezza di senso critico, e pel costante desiderio di approfondire i problemi investigati e di assurgere, con un prudentissimo lavorio di analisi, dallo studio del singolo caso alla investigazione di leggi generali fisiopatologiche e cliniche. Ciò fa sì che i contributi del Tusini appaiono tutti, a chi ben li esamini, lungamente meditati, ed i resultati cui Egli arriva sono sempre interessanti e non di rado segnano un reale progresso della scienza.

Degni di particolare ricordo in questa produzione, svolta in oltre 40 anni di lavoro, sono: la monografia sull'*echinococco del fegato*, in cui sono contenute precisazioni nuove e originali sulla struttura, genesi e significato del pericistio; il lavoro sulle *varietà di endoteliomi*, restato classico nella letteratura dell'argomento; quello sulla *actinomicosi del piede*, illustrazione del secondo caso osservato in Italia, che porta contributi nuovi alla conoscenza delle varietà, classificazione e proprietà patogene del parassita; quello sull'*amorfo dello spazio retto-sacrococcigeo*, che è la prima completa illustrazione istologica ed istogenetica di tale tumore; quello sopra certe forme di *poliadenopatia cronica*, che vengono per la prima volta dimostrate come dovute al bacillo della morva; quello sul *varicocele linfatico da filaria*, nuovo originale contributo, oggi confermato, alla conoscenza del ciclo di sviluppo del parassita; quelli sui *linfangiomi cistici del collo*, sulla *tubercolosi dei tumori ovarici*, sul *papilloma infettante dell'ovaio;* la relazione sulle *cisti e sui tumori del pancreas*, saggio monografico che, per completezza di raccolta bibliografica, per critica clinica e per prudenza di conclusioni, può esser preso a modello per chi voglia, ad un determinato momento del cammino della Scienza, fissare il punto di arrivo delle precedenti indagini e il punto di partenza per le indagini suc-

cessive. E fra i contributi alla tecnica operativa sono da ricordare le operazioni proposte ed eseguite per la *cura della fistola toracica da empiema cronico, per la metodica amputazione della vulva per cancro*, per la *cura del prolasso del retto*, le quali conservano sempre utili indicazioni.

Nessuno meglio di noi, che rimanemmo lunghi anni al suo fianco, sa quanta mole di lavoro, di indagini e di meditazioni sia stata condensata in molte di queste pubblicazioni, che abbiamo, si può dire, veduto nascere. L'eccezionale senso di autocritica del Maestro non lo faceva mai pago del suo lavoro, per l'anelito che Egli aveva di pubblicare solo contributi perfetti e completi in ogni lato meditati e studiati. E così non di rado accadeva che dopo lunga fatica non pubblicasse nulla, ovvero condensasse in poche pagine il frutto di laboriosa ricerca.

Al letto del malato poi e in sala operatoria, in cento occasioni e si può dire ogni giorno, il Tusini si dimostrava degno scolaro del suo Maestro. Dotato di una vastissima cultura di Patologia chirurgica e di eccezionale intuito clinico, operatore ardito ed elegante, vigile sempre e prudente anche nella esecuzione degli interventi più difficili, sempre sordo ad ogni considerazione che non fosse l'esclusivo interesse del malato, Egli fu veramente un insigne chirurgo.

Il Tusini aveva poi un altissimo concetto del suo ufficio di insegnante, e considerava la funzione di pubblico professore quale una missione nobile e sacra, che deve dare alla Patria cittadini allevati al sentimento del dovere e del sacrifizio, preparati a servirla con capacità, con fedeltà e con onore. Nel suo pensiero, tali insegnamenti un maestro non può dare, se per primo e compiutamente ad essi non obbedisca. In memorabili discorsi, tenuti in occasione solenni di inaugurazioni di corsi e di studi, i quali pongono in luce la parte più nobile dell'animo suo, Egli non si è mai stancato di proclamare le idealità che devono guidare chi insegna chirurgia, nella esplicazione della sua quotidiana fatica, e di ammonire i giovani sulle qualità intellettuali e morali che si devono possedere per poter esercitare degnamente la professione del chirurgo. Il Tusini vuole che il chirurgo abbia una preparazione biologica completa, senza della quale la chirurgia può essere arte, ma non è mai scienza; lo vuole in alto grado addestrato, oltrechè nella tecnica operativa, nella precisa diagnostica, che sola può far intuire, caso per caso, le lesioni anatomiche che caratterizzano la malattia, e consente di far corrispondere alle reali indicazioni del morbo la specie, il genere e la misura dell'intervento; lo vuole dotato di freddezza, di prudenza e di ragionato ardimento.

Ma di una cosa sopra tutto Egli vuole dotato il chirurgo: lo vuole trepidante di amore pel malato che gli ha affidata la vita.

È questa la nota che risuona e vibra più di ogni altra in tutti i discorsi del Tusini. Egli chiede amore pel malato, e questo amore domanda che sia grande e generoso, come grande e generoso è il Suo cuore. « *Sapere e bontà non devono mai andare disgiunti* », proclama in un suo discorso di Pisa. « *Perchè si abbia il perfetto chirurgo non basta il possesso della scienza e dell'arte* », dice in un suo discorso di Modena; occorre ancora che « *un alitò caldo di amore guidi e ritempri l'opera sua* ». E riconferma in un discorso di Genova: « *È necessario che nel chirurgo vibri un caldo sentimento umano, e che egli senta come proprie tutte le infinite pene che travagliano l'umanità sofferente* ».

Tale è il sentimento che, come un apostolato di bene, ha pervaso tutta l'opera del Tusini educatore di giovani e ne è stato una nobile caratteristica: amore per lo studio, amore per il malato, amore per la Patria, nel che si compendiano, secondo il suo convincimento, i valori supremi della vita. Tali sono gli insegnamenti che Egli ogni giorno e in ogni occasione si è sforzato di dare alla gioventù, studiandosi con la parola e più con l'esempio di farli diventare fede e norma di vita della nuova generazione. E tali sue idealità Egli ha sempre ed in ogni occasione proclamate e difese a viso aperto, specialmente in tristi tempi, quando un beffardo scetticismo ed un materialismo freddo ed egoistico imperavano nell'Università Italiana e stavano per togliere alla gioventù ogni palpito di fede.

Ma ricordando qui la figura del Tusini, non si può non rammentare il soldato, il volontario di guerra, il consulente chirurgo della gloriosa Terza Armata, rimasto in zona di operazioni dal primo all'ultimo giorno delle ostilità, operatore e salvatore di migliaia di nostri feriti, animatore ed organizzatore, con attività ed energia sovrumana, di servizi sanitari in prò del nostro Esercito. Ciò che Egli ha compiuto al fronte è contrassegnato da una medaglia d'oro conferitagli dalla C. R. I. e da una medaglia d'argento al valor militare concessagli il 20 luglio 1918 dall'immortale Comandante della Terza Armata con la seguente motivazione:

« *Dal principio della guerra infaticabilmente sollecito nel prestare l'opera propria di chirurgo anche nei posti più avanzati, incurante di ogni pericolo, si prodigò sempre con generoso e ardente slancio, riuscendo, oltrechè di immediato soccorso ai militari feriti, di esempio ai mille giovani medici che furono suoi allievi nella Università castrense; e dimostrò costantemente altissimo sentimento del dovere e sereno coraggio* ».

Questa medaglia al valor militare, la quale accerta e dimostra inconfutabilmente che il Maestro, più che colla parola, sapeva dare gli insegnamenti suoi coll'esempio, e la grande ventura di aver potuto utilmente soccorrere il *caporale Benito Mussolini* ferito, in un ospedaletto presso Ronchi, sono state le due più alte ragioni di sod-

disfazione che il Tusini ha avuto nella vita. Soddisfazione intima, di cui non ha mai menato vanto, e della quale anzi desiderava non si parlasse, ma che senza dubbio gli è rimasta viva nel cuore fino all'ultimo suo respiro. « *Il decisivo intervento chirurgico* » del prof. Tusini per la guarigione di *Benito Mussolini* ferito al fronte, noto fino ad ora a pochissimi, è stato reso pubblico dopo la morte del Maestro dal telegramma di condoglianza che il Duce della nuova Italia ha inviato alla famiglia.

Neppure è dato dimenticare nel Tusini l'ideatore e il fondatore della Scuola medico-chirurgica di S. Giorgio di Nogaro. Il ricordo di questa Scuola è rimasto, finchè Egli è vissuto, fra i più graditi al suo cuore, e vivo e inestinguibile è restato il suo affetto per tutti coloro, insegnanti e discepoli, che l'hanno frequentata. Al sorgere della Scuola vive furono le critiche e le ostilità degli scettici e degli ignavi, rimasti in zona territoriale durante la guerra; scarsi i consensi di alcune menti elette, che subito avevano compresa la nobiltà e l'utilità dell'idea. Giova farne in poche parole la storia.

Proponendo al Comando Supremo del nostro Esercito in campo l'istituzione di una scuola medico-chirurgica in S. Giorgio di Nogaro, nessun desiderio ebbe il Tusini di sottrarre allievi alle Università dello Stato, per fondarne una in zona di operazioni, bensì il proposito di perfezionare la preparazione e la cultura di quegli studenti di medicina, che necessità dell'Esercito mobilitato vietavano fossero rimandati alle loro Università durante le pause invernali delle operazioni belliche. Trattavasi dunque di raccogliere, durante l'inverno, in una scuola medico-chirurgica castrense gli studenti, ai quali non era concesso di allontanarsi dal fronte, e, invece di lasciarli in ozio, di utilizzare il materiale clinico che era sul posto per completarne la preparazione medico-chirurgica e renderli meglio idonei ad assolvere in seguito ai loro compiti presso l'Esercito operante.

Tali propositi il Tusini ha illustrati e precisati in un suo discorso del 13 febbraio 1916, inaugurando i corsi della Scuola: « *La prima idea di questa Scuola, Egli diceva, è nata in me per un debito di riconoscenza verso i miei giovani studenti fatti soldati... Io pensai, come il più giovane dei clinici chirurgi d'Italia, che fosse mio dovere venire a ritrovare i miei discepoli ed essere loro compagno di lavoro qui, sul campo della lotta, come ero stato loro maestro nelle aule universitarie* ». Aggiungeva in quell'occasione: « *La guerra deve inevitabilmente fare opera di distruzione... ma nella guerra pur qualche cosa si semina e germoglia e cresce. Cresce e si matura in essa il nostro carattere, si consolida la nostra coscienza e si radica in noi, inestirpabilmente, la convinzione che il valore della vita sta nel poter noi, prima di ogni altro, intimamente stimare noi stessi* ».

Questa è l'origine e questi gli scopi e i compiti della Scuola di S. Giorgio di Nogaro. Essa è stata un faro di luce spirituale, acceso nel 1916 dal Tusini a pochi passi dal nemico e mai più spentosi per tutta la durata della guerra; espressione viva e palpitante della nuova Italia, che accingevasi a liberare le sue provincie ancora soggette allo straniero, portando in esse le sue armi unite colla sua cultura; frequentata con profitto da una moltitudine di giovani, che oggi esercitano la professione medica in ogni parte del nostro Paese. Essi conservano il ricordo nostalgico della Scuola, rivedono la figura buona e paterna del suo Direttore, e nel nome della Scuola di S. Giorgio sentono tra loro un vincolo di fraterno cameratismo.

Tale, sommariamente rievocata, la figura di Giuseppe Tusini, uomo di pensiero e uomo di azione, dotato di multiforme ed indomabile energia, di volontà ferrea e di ammirevole dirittura morale, che ha mostrato agli Insegnanti Universitari come il loro compito socialmente più alto e più utile sia quello di non circoscrivere la propria attività entro le mura di un istituto o di una clinica, ma di portarla sempre fuori, al diretto servizio della Patria in ogni suo bisogno. Egli è stato un insigne scienziato, che ha lasciato un'orma indelebile nel progresso della chirurgica, ma soprattutto è stato un nobile cuore ed un grande educatore, che agli allievi ha procurata una fede, imprimendo con ciò una impronta inconfondibile alla sua Scuola. Uomo veramente degno dei tempi di Mussolini, il Tusini ha dedicato la sua vita insegnando a credere in una missione di bene e di altruismo, ad obbedire sempre alla voce del dovere, a combattere per le proprie idealità.

Ora il Maestro riposa in Sarzana, sua terra natale, vicino ai Genitori: vicino alla Madre che Egli adorava, ed alla quale atribuiva la miglior parte di sè stesso.

Pisa, 31 maggio 1940-XVIII.

GUIDO FERRARINI.

SUNTI E RASSEGNE

RICAMBIO.

L'obesità prepubertaria.

(B. BAIZE. *Bull. méd.*, 24 febbraio 1940).

Nel gruppo ancora confuso delle obesità infantili, è possibile isolare clinicamente una forma bene individualizzata, quella dell'obesità prepubertaria. Essa è caratterizzata più per la data della sua comparsa e per la sua evoluzione, che non per la sua sintomatologia stessa e consiste nell'associazione di un'obesità generalmente modesta e di un ritardo o d'insufficienza di sviluppo genitale, che si manifestano parecchi anni prima della data normale della pubertà e scompaiono spontaneamente allo stabilirsi di questa.

In senso stretto, gli individui affetti da questa forma di obesità sono degli adiposo-genitali; ma attualmente tale denominazione si applica alla sindrome di Fröhlich, con segni di tumore ipofisario. Le due affezioni vanno nettamente distinte, anche perchè comportano nette diversità di prognosi e di terapia.

È verso i 12-14 anni che i genitori si avvedono e si preoccupano dell'ingrassamento anormale dei loro figli; ma un interrogatorio accurato mette in rilievo che già verso il 7°-8° anno il ragazzo incominciava ad ingrassare.

L'*obesità* è uno dei segni cardinali della sindrome, ma non raggiunge mai le proporzioni mostruose, che possono aversi dopo la pubertà. Il peso è aumentato, non soltanto in rapporto all'età del ragazzo, ma anche in rapporto alla statura. È proprio questo rapporto che va considerato più che il peso bruto, nel quoziente P/S (P = peso in grammi; S = statura in cm.); esso varia di anno in anno ed è di 65 nel neonato, di 130 ad 1 anno, 200 a 10 anni (un po' meno dei ragazzi) e 285 a 15 anni. Nell'obesità prepubertaria, il quoziente è aumentato del 40-50 %.

L'adiposità è essenzialmente tronculare, specialmente alle coscie, anche e regione mammaria, mentre è discreta alla faccia ed alle estremità, con mani spesso sottili; il bacino ha uno spiccato carattere femminile, che colpisce soprattutto nel ragazzo, in cui anche per la scomparsa dei rilievi muscolari si ha una morfologia ambigua di ermafrodito, accentuata dalla voce infantile (pseudo-ermafroditismo prepuberale di Pende). Pelle generalmente fina e liscia, ma talora secca e rugosa; arti inferiori spesso con *livedo*, mani spesso fredde ed un po' gonfie e violacee, in cui la pressione del dito lascia una traccia pallida lenta a scomparire (mano ipogenitale).

Per quanto riguarda il *sistema genitale*, si ha ad un tempo ritardo ed insufficienza di sviluppo.

Il ritardo è di difficile valutazione, date le variazioni nell'età di comparsa della pubertà. Questa, negli obesi prepubertarî, si fa attendere a 14-15 anni nelle ragazze ed anche oltre nei maschi.

Evidente è l'ipoplasia genitale. Nella ragazza, a 13-14 anni, le regioni pubica ed ascellari sono ancora glabre, le mammelle poco o punto sviluppate, la vulva ha caratteri infantili (rivolta in avanti, mucosa rosea, grandi labbra poco salienti, organi erettili poco sviluppati), mestruazione ancora non iniziata. Nel ragazzo, si ha la stessa deficienza del sistema pilifero ed è evidente l'ipoplasia degli organi genitali: pene di 2-3 cm. « a bottone » affondato del grasso, testicoli molto piccoli, spesso ectopici; le dimensioni normali di questi sono di cm. 1,5 × 0,7 nel poppante; 1,1 × 0,9 a 10-11 anni; 2,3 × 1,2 a 12-13; 3,5 × 2,0 a 15.

Si ritiene in generale che questi ragazzi obesi siano pigri ed astenici fisicamente e psichicamente; ma molti sono, invece, attivi, turbolenti, spesso intelligenti. Il facile ansamento e lo stancarsi dipendono dal sovraccarico di grasso, non compensato da un sufficiente sviluppo muscolare.

Generalmente, il metabolismo basale di solito normale o leggermente abbassato (— 10 a — 20), ma è soltanto quando la diminuzione raggiunge il 20-25 % che si può pensare ad un'insufficienza tiroidea e mettere in opera la relativa terapia. Risultati negativi od incerti danno le prove endocrine di funzionamento dell'ipofisi; negativi sono pure l'esame del fondo dell'occhio e la radiografia della sella turcica.

L'*evoluzione* si fa generalmente verso la guarigione spontanea al periodo in cui si stabilisce la pubertà; si assiste allora allo sviluppo rapido dei caratteri sessuali essenziali e secondari. L'obeso non dimagrisce, ma cessa di crescere di peso, mentre aumenta la statura e si sviluppa la muscolatura, avviandosi ad assumere le proporzioni normali.

L'inchiesta eziologica è di solito negativa; tutt'al più si mettonò in rilievo il fattore ereditario e quello della vita ed abitudini comuni. Nella genesi dell'obesità ed anche di quella prepubertaria, è stato messo in rilievo (Lereboullet) un fattore nervoso; spesso, si hanno, fra gli antecedenti lontani, delle vertigini ad andamento comiziale, delle reazioni meningee nel liquor. dei disturbi encefalici. È stata spesso avanzata l'ipotesi della genesi endocrina, specialmente tiroidea ed ipofisaria, di cui la prima appare per certi casi più probabile. Per quanto riguarda il sistema genitale, è un fatto che l'insufficienza genitale porta con sè l'obesità. Ma si può forse parlare di insufficienza di una funzione che non si è ancora stabilita? Per alcuni autori, è l'obesità che porta con sè l'insufficienza genitale.

L'A. fa rilevare la difficoltà di mettere in evidenza questa o quella deficienza endocrina. Qualche volta, la secchezza della cute, l'intel-

ligenza spesso puerile, la facile sonnolenza, la freddolosità fanno sospettare un'origine tiroidea. Così pure il rilevare dei disturbi della crescenza (gigantismo o arresto), la cefalea abituale, i disturbi della circolazione periferica con acrocianosi, l'ipotensione accentuata fanno pensare ad una partecipazione dell'ipofisi. Nella maggior parte dei casi, però, non si riesce a mettere in rilievo nessuna insufficienza endocrina.

Si deve tener presente che l'obesità prepubertaria si presenta nel periodo di grande accrescimento dell'organismo, il quale è sotto il dominio del sistema nervoso, di cui l'importanza trofica si rende ogni giorno più manifesta, e del sistema endocrino. La perturbazione di uno o l'altro di tali sistemi, o forse di entrambi, provocherebbe la distrofia grassa, una specie di dissociazione fra la crescenza staturale e quella ponderale, da cui la rottura dello sviluppo armonico dell'organismo; l'insufficienza genitale sarebbe poi secondaria all'obesità.

Per quanto riguarda la *terapia*, si deve considerare che l'obesità prepubertaria, ai confini fra il fisiologico ed il patologico non esige una terapia molto attiva, il che non toglie che si debba intervenire anche per la legittima preoccupazione dei genitori ed il dubbio che rimane fino a che la comparsa della pubertà non venga a dirimerlo. Due sono i mezzi che abbiamo a disposizione, lottare contro l'obesità e affrettare l'evoluzione sessuale.

Contro l'obesità, ci si guarderà bene di intervenire in modo troppo attivo (dinitrofenolo, mezzi fisioterapici, quali la diatermia, la jonizzazione calcica transcerebrale, ecc.), limitandosi ai seguenti:

1) *Regime restrittivo*. Trattasi spesso di ragazzi spinti dalla stessa famiglia ad un'alimentazione troppo ricca. Compito del medico sarà, quindi, di correggere quanto vi è di eccessivo; restrizione moderata, specialmente per le sostanze adipogene (grassi e carboidrati), conservando le proteine e rispettando i principi ormai stabiliti (regime equilibrato, proteine in quantità di almeno 2 g. per Kg. di peso; abbondanza in sali minerali e vitamine). Il vitto consterà di carne arrosto od in graticola, pesci magri, latte e latticini, verdure cotte, poche patate. Pane (crosta) o biscotti. Scarsa quantità di liquidi (un bicchiere di acqua o di tisana alla fine dei pasti).

2) L'*esercizio fisico* è raccomandabile sotto riserva che il ragazzo lo sopporti bene. Particolarmente utili sono i movimenti respiratori, che favoriscono l'ossidazione dei grassi.

3) Per quanto riguarda l'*opoterapia*, quella tiroidea è raccomandabile quando esistano segni di mixedema od abbassamento del metabolismo basale; a dosi moderate, essa è spesso un ottimo coadiuvante della cura. Discussa è l'opoterapia ipofisaria. In qualche caso, può essere utile la terapia antisifilitica.

Per *accelerare l'evoluzione sessuale*, sono state messe in opera, in questi ultimi tempi, varie opoterapie e cioè:

1) Opoterapia timica, a modo d'azione complesso, manifestantesi col duplice effetto di favorire la discesa dei testicoli ed il loro sviluppo; è soprattutto indicata quando l'obesità si accompagni ai testicoli ectopici. È inutile prima dei 10 anni ed è indicata fra il 10° ed il 14°.

2) Opoterapia testicolare. Nei maschi, si ottengono buoni effetti con i preparati di testosterone. Nelle femmine, sembrerebbe indicata la follicolina, ma non se ne hanno ancora esperienze circa l'obesità prepubertaria; si useranno, quindi, a preferenza i preparati ovarici.

3) Gli ormoni gonadotropi esercitano un'azione simile a quella dell'innesto di lobo anteriore ipofisario, ma non hanno effetto sull'obesità; sarà quindi necessario associarvi le regole dietetiche e l'opoterapia tiroidea. L'effetto degli ormoni gonadotropi si manifesta con allungamento del pene, discesa dei testicoli ectopici, comparsa dei caratteri sessuali secondari, modificazioni psichiche. *fil.*

La psoriasi come malattia del metabolismo dei lipoidi.

(A. COLARUSSO. *La Riforma Medica*, 2 marzo 1940).

La psoriasi è ben conosciuta nelle sue manifestazioni esteriori, mentre misteriose ne rimangono le cause e la genesi. Quindi la diagnosi è facile, mentre la terapia è sintomatica ed empirica.

Negli ultimi decenni sono stati studiati i rapporti della psoriasi col ricambio. Mentre sono state notate concomitanze di psoriasi col diabete, ereditarietà delle due malattie nella linea maschile per più generazioni, la comparsa alternante di diabete e psoriasi in famiglie di psoriasici e iperglicemia frequente negli psoriasici. Per questo fu consigliata la terapia insulinica; ma i risultati sono stati per lo più non incoraggianti.

È stato anche chiamato in campo il metabolismo dei protidi e dei grassi e lipoidi.

Bernhardt e Zabwski hanno trovato nel 64 % dei casi diminuzione della colesterina ematica; nel 23 % valori normali e nel 13 % (in soggetti al disopra della cinquantina) valori aumentati. Successivamente trovarono ipocolesterinemia nel 70 % dei casi.

Invece Pulay ha affermato che di regola nella psoriasi c'è ipercolesterinemia.

Lacroix ha diviso gli psoriasi in due gruppi: uno con colesterina (cioè colesterina contenuta nelle produzioni cutanee) quasi normale (attorno a gr. 12 ‰) per cui non si può am-

mettere un rapporto fra metabolismo della colesterina e dermatosi e uno con colesterina elevata (più di 15 gr.). Questo secondo gruppo comprende due varietà: con ipercolesterinemia e con colesterinemia normale.

Secondo Lacroix la psoriasi sarebbe determinata dall'eliminazione della colesterina per via cutanea in soggetti con particolare predisposizione morbosa della cute. Certo la somministrazione di colesterina aumenta il tasso della colesterinemia e della colesterina e fa peggiorare la malattia.

Schreiner e Bilger hanno trovato negli psoriasici valori normali di lecitina e colesterina con quoziente lipoideo (lecitina, colesterina) più basso che nei controlli.

Santoianni ha trovato lipemia totale superiore alla norma (a carico dei grassi neutri e dei fosfatidi) e, durante la prova di carico con colesterina, abbassamento della colesterinemia dopo 1-2 ore, esteri colesterinici al di sotto del valore iniziale con fosfatidi invece al disopra. Il miglioramento colla cura insulinica coincide col ritorno al normale dei valori di tutte le frazioni lipidiche.

Gruetz e Buerger recentemente (1933) hanno messo in evidenza che negli psosiarici è aumentato il contenuto medio del siero in grasso totale, colesterina totale e fosfatidi, mentre la curva da carico di colesterina è più bassa che nei sani. Questo comportamento della curva da carico è spiegato supponendo che gli epiteli intestinali degli psoriasici, come gli epiteli cutanei, siano infarciti di granuli lipoidei in modo che è notevolmente ridotta la velocità di assorbimento dei lipidi dal lume intestinale.

Negli psoriasici è stata dimostrata la tendenza ad una caduta tardiva dei valori dei lipidi totali, come in altre forme di lipoidosi epatosplenomegalica.

Le lesioni cutanee sarebbero determinate per alterazione del metabolismo intermedio mediante aumento notevole del quantitativo di grassi fisiologicamente convogliato verso la pelle per la funzione normale oppure per comparsa nella pelle di lipoidi non fisiologici. Si tratterebbe di una dermatosi di escrezione, secondo Hoffmann.

Secondo Gruetz e Buerger la psoriasi può essere patogeneticamente accostata alle xantomatosi cutanee primarie, inoltre clinicamente le localizzazione della gotta lipoidea sono assai simili.

Essi per questo hanno consigliato negli psoriasici una dieta poverissima di grassi (gr. 20 al giorno per gli adulti e 10 per i bambini). Con una dieta rigorosa essi hanno guarito tutte le dermatosi anche più gravi in 4-8 settimane. Però il miglioramento si mantiene solo finchè i malati rispettano la dieta.

Anche in alcuni dati di osservazione empirica si trova la conferma dell'utilità della dieta povera di grassi; la psoriasi è più frequente nelle località dove è più diffusa l'alimentazione con grassi (Alsazia) e in soggetti che praticano alimentazione ricca di grassi (salumieri, macellai), come pure nei paesi freddi e d'inverno. Inoltre durante la guerra in Germania si notò regressione delle manifestazioni psoriasiche in rapporto colla deficienza dei grassi.

Non tutti sono d'accordo colle idee di Gruetz e Buerger. Secondo Schaaf e Obtulowicz non esiste nessun rapporto fra psoriasi e metabolismo dei lipidi. Pulay pensa che l'ipercolesterinemia sia la conseguenza e non la causa delle alterazioni cutanee.

Gruetz l'anno scorso ha insistito sulle sue concezioni con una statistica imponente di 600 casi, di cui 529 con indagini anche familiari sul ricambio. Egli solo nel 10 % ha trovato negli psoriasici valori colesterinici normali, nel 90 % valori elevati. Egli inoltre ha fatto rilevare con ricerche istologiche varie somiglianze fra distribuzione e comportamento nella cute di granuli di lipoidi nella xantomatosi e nella psoriasi. Dal punto di vista terapeutico lo stesso autore ha ottenuto l'80 % di miglioramenti colla dieta povera di grassi.

Nello stesso anno scorso Marchionni, Manz e Huss hanno cercato la colesterina negli strati cutanei più superficiali con un metodo particolare e non l'hanno trovata aumentata, quindi pensano che le osservazioni di Gruetz si debbano riferire agli strati più profondi.

Il Buerger ha sostenuto che le divergenze fra i vari ricercatori dipendono dal metodo adoperato e raccomanda di non tener conto dei risultati ottenuti coi metodi colorimetrici e insiste ancora sull'importanza della colesterina nella cute.

L'A., dopo aver ampiamente riportato e discusso quanto sopra, promette di esporre un gruppo di ricerche da lui eseguite sul metabolismo dei lipidi nella psoriasi. L.

Le diete povere di grassi e ricche di idrati di carbonio nella cura del diabete.

(MARCEL LABBÉ. *Arch. des Maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*. marzo 1938).

L'A. riferisce i risultati della sua esperienza sul metodo di Porgès e Adlersterg.

Questi autori ritengono i grassi responsabili della persistenza e dell'aggravamento dei disturbi della glicoregolazione del diabetico e la mancanza prolungata di idrati di carbonio causa dell'abbassamento della tolleranza idrocarbonale e dell'aggravamento del metabolismo.

Essi pubblicarono 57 osservazioni, da cui risulta che istituendo prima la solita dieta e poi riducendo i grassi e dando idrati di carbonio (con insulina se la tolleranza per gli idrati di carbonio è scarsa) hanno certamente ottenuto buoni risultati. Però bisogna osservare che i

loro malati si possono raggruppare in due categorie: in una si tratta di diabetici grassi con fortissima tolleranza agli idrati di carbonio, nei quali quindi si poteva ottenere lo stesso risultato più rapidamente colla riduzione degli idrati di carbonio; nell'altra si tratta di diabetici in cui è necessario ricorrere all'insulina e quindi diabetici nei quali il miglioramento si deve non alla dieta, ma all'insulina.

Altri AA. usarono la dieta ricca di idrocarbonati e povera di grassi: il Sansum anche prima di Porges e Adlesberg; poi il Gibson, il Poulton, il Richiardson, il Gariepy, il Rabinovitch, ecc., e parecchi di essi criticarono questo tipo di dieta.

Il Labbé non solo ha voluto provocare questa dieta di Porges e Adlesberg, ma l'ha fatto istituendo un paragone con un gruppo di malati trattati colla solita dietetica e, andando anche più in là, cioè riducendo notevolmente le calorie, portandole fino a 30 per kg. di peso, poichè ritiene che i diabetici possano riportare un regime a valore energetico notevolmente inferiore a quello necessario a soggetti normali. Non ha seguito però il Lawrence che giunge a dare solo 25 calorie per chilogrammo.

La prova fu fatta su 20 malati; ma egli ritiene di poterne esaminare solo gli otto che certamente sono stati rigorosi nella dieta.

Il Labbé ha notato, contrariamente a Porges e Adlersberg, che i suoi malati non solo non sono migliorati, ma hanno avuto un aumento della glicosuria e della glicemia. Egli sostiene che è un'illusione credere che l'iperglicemia provocata colla dieta di Porges e Adlersberg possa provocare un'iperinsulinemia; e si comprende, perchè nei diabetici il pancreas non funziona bene.

Quindi nei diabetici bisogna sempre ridurre l'apporto di idrati di carbonio e proporzionarlo alla capacità di utilizzazione.

R. LUSENA.

ASMA BRONCHIALE.

Asma bronchiale ed allergia.

(H. KÄMMERER. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 8 dicembre 1939).

L'A. riconferma la natura allergica dell'asma, su cui ancora taluni sono scettici perchè spesso l'anamnesi dei pazienti non parla chiaramente per una genesi allergica. Occorre però ricordare che esiste in molti individui una speciale disposizione allergica, una « diatesi allergica » dice l'A., per cui in essi l'asma viene determinata da fattori sensibilizzanti, innocui per altri individui. Tra questi fattori sensibilizzanti hanno grande importanza le infezioni dell'apparato respiratorio, tanto che si può dire che in almeno la metà dei casi di asma pregresse infezioni bronchiali e polmonari hanno avuto un'importanza capitale. In che modo agisce l'infezione nel determinismo dell'asma? Anzitutto si può pensare ad una progressiva sensibilizzazione verso le proteine batteriche che vengono assorbite, come del resto in molti casi dimostra una netta cutireazione verso una determinata specie batterica. Si può anche pensare che le infezioni, indebolendo la mucosa bronchiale, la rendano più ricettiva ad altri possibili allergeni.

A parte le infezioni, ha molte volte grandissima importanza l'esposizione della mucosa delle vie respiratorie ad allergeni asmogeni: soprattutto polvere, lana e sostanze contenute nel letto, oltre che i pollini di numerose piante, specialmente graminacee. Anche la farina può essere un fattore allergico e così molte altre sostanze con cui molte professioni e mestieri mettono a contatto: per es. per un fuochista il fattore sensibilizzante fu rappresentato dalla muffa farmatasi sul legno da lui adoperato, come dimostrò una nettissima cutireazione provocata in lui con tale muffa. È necessario perciò nei casi non chiari ricercare la cutireazione con le più varie sostanze, specialmente con la polvere della casa dell'asmatico.

La sensibilizzazione attraverso disturbi gastro-intestinali è dimostrata, ma è rara. Anche il clima può avere influenza, in quanto i casi di asma sono più frequenti nei luoghi umidi e paludosi.

È inoltre molto importante il fatto che, con l'andare del tempo, si può avere una perdita di specificità dell'allergene, sicchè l'individuo diventa recettivo anche per altri allergeni: allora la terapia specifica di desensibilizzazione diventa più difficile.

Anche per l'asma psichica si deve pensare che esiste in latenza uno stato allergico che diventa manifesto per un abnorme aumento psichico dell'eccitabilità degli apparati broncospastici. Così pure l'equilibrio funzionale degli organi endocrini ha grande importanza per il determinismo di accidenti allergici.

F. TOSTI.

Il trattamento dell'asma bronchiale con dosi minime di rame.

(G. SCHIMERT. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2 febbraio 1940).

In relazione ai molteplici fattori etiologici ed alle varietà della sintomatologia dell'asma bronchiale le indicazioni terapeutiche sono diversissime. Fino ad ora sono stati tentati medicamenti che agiscono sul sistema nervoso vegetativo, sull'eventuale infiammazione della mucosa bronchiale, e direttamente sulla muscolatura dei bronchi.

1) Tra i medicamenti che hanno azione sul sistema nervoso vegetativo vanno ricordati il luminal che agisce indirettamente come sedativo del sistema nervoso centrale, e quelli

ad azione diretta come l'adrenalina, eccitante del simpatico, o come l'atropina, sedativo del vago. Si tratta di cure palliative ma che in fondo tendono ad interrompere il circolo vizioso (reazione allergica, accesso, aumento della secrezione, infiammazione della mucosa, e quindi tendenza allo spasmo ed alla ripetizione degli accessi), che è la causa fondamentale del progressivo peggioramento dell'asma. Per altro il luminal agisce anche sul componente psichico, che negli asmatici ha notevole importanza. L'uso prolungato di tali medicamenti ha però l'inconveniente di produrre assuefazione donde la necessità di dosi sempre più elevate.

2) I mezzi terapeutici tendenti a ridurre lo stato infiammatorio della mucosa bronchiale. Tra i più efficaci è da ricordare il calcio che agisce anche sul simpatico. Buoni risultati danno anche gli espettoranti in quanto riducono l'accumulo di secrezione e quindi la possibilità di aggravamento dell'infiammazione.

3) Tra i medicamenti che agiscono direttamente sulla muscolatura dei bronchi riducendone lo spasmo sono l'eufillina, la papaverina e la pituitrina.

Il trattamento etiologico tende a rimuovere lo stato allergico mediante:

1) le cure climatiche e dietetiche e la piretoterapia;

2) la desensibilizzazione aspecifica a mezzo di iniezioni di proteine estranee, della febbre artificiale e della roentgenterapia (al riguardo di quest'ultima è da notare che agisce anche come desensibilizzante diretta in quanto agendo sul sistema reticolo-endoteliale aumenta la produzione degli anticorpi).

3) la desensibilizzazione specifica che in pratica riesce raramente perchè è difficile identificare l'allergia specifica.

Recenti ricerche hanno messo in evidenza che tanto la desensibilizzazione aspecifica che quella specifica consistono nel versamento nel sangue di antigeni prodotti dal sistema reticolo-endoteliale. È stato inoltre rilevato che su questo sistema hanno un'azione specifica i metalli pesanti, nel senso che grosse dosi tendono a bloccarlo mentre dosi piccolissime tendono ad attivarne la funzione analogamente all'azione esercitata dai raggi Röntgen. Al riguardo sono particolarmente interessanti le ricerche di Danopoulos che con dosi varie di rame ottenne l'esaltazione o la depressione dell'attività del sistema reticolo-endoteliale.

L'uso del rame nella terapia dell'asma è stato tentato da parecchio tempo dagli omeopatici, i quali dimostrarono che dosi piccolissime di sali di rame per via orale agiscono efficacemente sui fenomeni spastici della muscolatura liscia e specialmente della muscolatura bronchiale. Del resto l'omeopatia adoperava anche l'oro in diverse infiammazioni croniche e nell'asma bronchiale.

È probabile che i metalli abbiano un'azione specifica sul sistema reticolo-endoteliale, sullo spasmo della musculatura o anche sulla mucosa stessa.

Le ricerche sulla cura dell'asma con piccole dosi di rame colloidale furono praticate su 50 malati. Si adoperò il preparato cupridium e cupridium forte per via endovenosa. Dopo una forte reazione iniziale, consistente in aumento della frequenza e della gravità degli accessi si ebbe nella maggioranza dei casi un netto miglioramento (21 guarirono, 17 migliorarono notevolmente, in 5 gli accessi ritornarono dopo un lungo periodo di benessere, in 7 non si ebbe alcun risultato.

Il trattamento durò a secondo la gravità dei casi da un mese e mezzo a sei mesi.

Le dosi del medicamento variano a secondo la gravità del caso e la tolleranza individuale. In genere si comincia con un'iniezione sottocutanea di 1/2 cmc. di cupridium, pari a 5 γ di rame. Se non si hanno reazioni notevoli dopo tre giorni si pratica un'iniezione endovenosa di un'eguale quantità di medicamento. Se i fenomeni peggiorano si ritorna alla via sottocutanea e quindi di nuovo a quella endovenosa fino a tolleranza ed aumentando progressivamente la dose fino ad un cmc.

Nella maggioranza dei casi già dopo 12-20 giorni si nota un miglioramento. Allora si continua la cura praticando due iniezioni di cupridium ogni settimana.

Qualora non si osservi alcun miglioramento e non si abbiano disturbi reattivi si può tentare il cupridium forte. DR.

DIVAGAZIONI

Effetti del caldo e del freddo sulla temperatura e motilità dello stomaco ed intestino.

È interessante il conoscere con precisione quale effetto abbia l'ingestione di bevande calde o fredde, oppure l'applicazione esterna del caldo e del freddo sulla temperatura e sulla motilità del tratto gastro-intestinale. Tale ricerca è stata oggetto di uno studio sistematico durato oltre 2 anni da parte di H. M. Eberhard (*Rev. of gastroenterology*, marzo-aprile 1940) il quale ha fatto costruire appositamente dei termometri a resistenza, che si introducono nello stomaco e nel duodeno. Ha ottenuto i risultati seguenti:

Individui a digiuno: uomini da 38°,7 a 36°,5; donne da 39°,0 a 36°,3.

L'ingestione di 250 cmc. di acqua ghiacciata a 4°,4 provoca un abbassamento di temperatura di 16° a 33°. Quando si somministra dell'acqua ghiaccia, in cui galleggiano dei pezzi di ghiaccio, quindi con una temperatura di 1°,1 a 2°,2, l'abbassamento di temperatura dello stomaco a digiuno è quasi uguale a quello sopra citato. Importante è il fatto del ritardo nello svuotamento dello stomaco, che raggiunge i 30-45 minuti, corrispondente al tempo necessario per il ritorno alla temperatura normale.

Una dose di gelato di 90 grammi, a temperatura di — 12°,2 a — 6°,7 riduce la temperatura dello stomaco di 12° a 24°; occorrono poi 30 minuti per il ritorno alla temperatura normale; il ritardo di svuotamento è di 30-45 minuti.

In un pasto normale, con minestra calda, carne, patate, due contorni di verdura, un gelato di 90 grammi ed una mezza tazza di caffè caldo, si è veduto che il gelato agisce abbassando la temperatura di 11° a 16°; il ritardo nel tempo di svuotamento è di 30-45 minuti. Con lo stesso pasto, l'influenza di un bicchierone di acqua ghiacciata si manifesta con l'abbassamento di temperatura di 16° a 22° ed un ritardo nello svuotamento di 30-60 minuti.

La temperatura media alla quale può essere ingerito un caffè è di 45° a 65°; tale ingestione fa aumentare la temperatura di 2°,3 a 9°3; occorrono 45 minuti perchè ritorni alla normale; nessuna variazione si ha nel tempo di svuotamento dello stomaco.

Per quanto riguarda l'applicazione esterna di ghiaccio sulla parete addominale, si è veduto che dopo un'ora, la temperatura interna dello stomaco era diminuita soltanto di 0°,55; gli stessi risultati si sono ottenuti misurando la temperatura nel duodeno. Tali esperimenti sono in rapporto con la consuetudine di applicare la vescica di ghiaccio in caso di emorragia gastrica o duodenale; come si vede, in tali casi gli eventuali effetti terapeutici non sono certamente da attribuirsi a diminuzione della temperatura interna.

Importante è anche il vedere l'effetto di bevande fredde sul cuore. A tale scopo, sono state fatte delle prove su 20 individui normali (10 uomini e 10 donne), facendo ingerire 250 cmc. di acqua ghiaccia (da 1°,1 a 4°,4) e studiandone gli effetti, oltre che sulla temperatura gastrica, anche sull'elettrocardiogramma. Si è veduto che in 12 individui si aveva una inversione dell'onda T in II e III derivazione. Se questo accade in individui normali, si può pensare a quale pericolo si espone il paziente con lesioni cardiache a cui si somministrano dei cibi o delle bevande molto fredde. Non è improbabile che molti casi della così detta indigestione acuta possano essere attribuiti a questa causa. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

P. E. WEIL. *L'Hématologie: Clinique et Laboratoire*. Vol. di pp. 270 con 69 fig. Masson et C.ie, éditeurs. Paris, 1939. Doll. 3,25.

Siamo certi che questa indovinatissima pubblicazione di P. E. Weil, troverà la migliore accoglienza in tutta la classe sanitaria e particolarmente tra i laboratoristi, quando debbono interpretare un dato reperto ematologico di laboratorio, vagliando di quest'ultimo tutti quegli elementi che possono avvalorare, o viceversa, rendere improbabile od anche escludere una data diagnosi.

Effettivamente si può affermare, senza tema di esagerazione, che il Weil ci ha dato con questo suo volume, sul complesso e difficile argomento dell'ematologia, un'opera tale da soddisfare ad un tempo le esigenze della clinica e del laboratorio. Alla completezza formale, nel libro, ne corrisponde poi un'altra ben più pregevole: ossia l'unitarietà dell'indirizzo ed il parallelismo tra clinica e laboratorio, nelle enunciazioni critiche e nelle deduzioni pratiche.

Il Weil, la cui autorità scientifica nel campo della ematologia è universalmente nota, ha saputo conferire a tutte le questioni che egli tratta, una impronta personale tale da rendere l'opera vivace e originale e più ricca d'insegnamenti. Il punto base dell'A. è la coscienza che egli ha e la profonda conoscenza che egli possiede sulla fisio-patologia del tessuto sanguigno.

Il volume del Weil è diviso in due parti: nella prima egli tratta dell'ematologia in rapporto al laboratorio; nella seconda parte dell'ematologia in rapporto alla clinica.

Riguardo alla complessa e dibattuta questione di alcuni interessantissimi problemi, che

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

nell'insieme costituiscono il capitolo dall'A. chiamato della cripto-patologia sanguigna, si stabilisce dal Weil l'importanza clinica di certe già ben conosciute tecniche diagnostiche come la puntura dello sterno e della milza.

Infine il Weil non ha dimenticato che un'opera sul sangue doveva esser molto ricca di illustrazioni: così si ammirano, è la parola giusta, 46 figure in nero ma soprattutto le 22 figure a colori, che sono veramente magnifiche.

Si tratta in conclusione di un ottimo libro in bellissima veste tipografica.

A. ALESSANDRINI.

G. M. KATSAINOS. *Syphilis*. Edizione Katsainos, Atene.

Il distinto medico greco, già noto per una sua pubblicazione sulla fisiologia dell'amore, ha in questo grosso volume trattato a fondo l'argomento della sifilide.

Ne ha esposto l'etiologia e le manifestazioni cliniche. Buona parte è dedicata alla terapia ed ai mezzi di diagnosi ed in ispecial modo alla reazione di Wassermann.

L'ultimo capitolo considera la questione del matrimonio dei sifilitici.

Il libro è scritto in inglese. DR.

J. BORDET. *Traité de l'Immunologie dans les maladies infectieuse*. 1 volume di 880 pagine. Masson ed. Paris, 1939. Doll. 3,90.

Dopo 20 anni dalla prima, esce ora ingrandita, completata, aggiornata questa seconda edizione del Trattato di J. Bordet. Non c'è bisogno di presentare l'A. direttore dell'Istituto Pasteur di Bruxelles, la sua autorità nel campo dell'Immunologia è indiscussa.

L'importanza della materia trattata e la completezza con cui i vari argomenti sono esposti, fanno di questo trattato di immunologia, uno dei più completi in argomento.

Una prima parte comprende in senso generale le infezioni ed i fattori di virulenza, l'immunità naturale ed acquisita, viene poi trattata l'immunità cellulare (digestione intracellulare, riassorbimento, infiammazione ed immunità nella serie anormale, sistema fagocitario, ecc.) si passa quindi alla terza parte che comprende i fattori umorali (sieri immuni, proprietà in rapporto con l'immunità, alessina, antigene anticorpo, la reazione antigene anticorpo). Ogni singolo capitolo è trattato come si è detto in modo veramente chiaro semplice e completo.

Infine è discussa l'immunità nelle diverse malattie infettive, parte di particolare interesse.

Una larga bigliografia completa questa edizione, che riesce utile ad ogni medico ed indispensabile a chi si interessa di problemi di immunologia sierologia.

F. CORELLI.

JEAN TRABAUD e I. R. TRABAUD. *Le guide thérapeutique du médecin praticien. Les maladies nerveuses et mentales*. Vigot Frères Edit. Paris, 1940, pag. 253.

Trattasi di un prontuario di terapia delle malattie nervose e mentali, facente parte di una collana di manuali di terapeutica generale ad uso dei medici pratici. È un breve, sintetico volume, di fitta stampa nel minore spazio possibile, che non trascura alcuna tra le malattie nervose, più note e meno note, e quelle mentali più comuni. Ogni argomento è preceduto da brevi e chiari esplicazioni cliniche tra le più caratteristiche, e quindi svolto in tutti gli elementi che interessano la profilassi e la cura: igiene generale, regime, trattamento farmacologico, fisio- e psicoterapico, etiogenetico, crenoterapico, ecc.

Nei riguardi delle malattie mentali è seguito un criterio di classificazione, che è nell'attuale sistema della scuola francese, per cui si frammentano le grandi e classiche unità cliniche in sottospecie puramente sintomatiche dando loro il significato di forme autonome, così per la melancolia ansiosa, mentre la melancolia è trattata in altro capitolo, la nevrosi d'angoscia, ecc. All'opposto molto razionalmente, secondo il nostro concetto, è distaccata e ben differenziata la nevrastenia, che noi chiamiamo pura o sintomatica, dalla psicastenia.

Pregio del piccolo ma sostanzioso libro è di avere ricordate anche le cure più recenti, come l'insulinoterapia nella demenza precoce, e, passando sopra a un malinteso pudore pseudoscientifico, l'aver data amplia diffusione alle specialità, alle acque minerali, terme, stabilimenti idroterapici, ecc. del proprio paese.

G. MÒGLIE.

SEYFARTH G. *Das Hospital zu St. Georg in Leipzig durch acht Jarhunderte*: I vol. in-8° di 249 pagg. con 9 figg. G. Thieme ed. Leipzig, 1939. Prezzo RM. 10 (25 % di sconto all'estero).

L'ospedale dedicato a S. Giorgio in Lipsia è stato fondato da Ottone IV nel 1212, come asilo per pellegrini, malati e trovatelli e passò poi in possesso della città nel 1439. Subì alterne vicende e fu anche distrutto due volte dalle furie della guerra, nel 1546 e nel 1631; ricostruito poi nel 1668 ed ingrandito in seguito, con annesso ospizio per i vecchi.

L'A., che è primario in questo ospedale a cui è attaccato come il contadino alla zolla della sua terra, ne descrive in questo primo volume la storia e le vicende dal 1212 al 1631, con una larga documentazione, ricca di particolare interesse, non soltanto per l'ospedale stesso, ma per le condizioni generali degli ospedali, specialmente in Germania.

fil.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Altitudine e pneumotorace artificiale.

Il gran numero di linee aeree commerciali con voli regolari a grandi altezze spinge a conoscere come si comporta il pneumotorace artificiale in chi vola. Se il rifornimento di pneumotorace è stato fatto molti giorni prima del volo e l'aria è in gran parte riassorbita, anche altezze di varie migliaia di piedi non dànno fastidio.

Tenendo conto che l'aria contenuta nel cavo pleurico subisce le modificazioni dipendenti dalle leggi fisiche comuni, C. H. Gellenthien (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 2 marzo 1940) ha pubblicato una tabella dalla quale risulta l'altezza a cui può andare un malato con pneumotorace artificiale nei dieci giorni che seguono un rifornimento. Le altezze permesse vanno da 1000 piedi dopo 1 giorno, a poco più di 2000 dopo 5 e a poco più di 3500 dopo 10 giorni.

Questa tabella rappresenta, secondo l'A., un caso tipico.

Per stabilire uno schema da adattarsi al singolo malato l'A. ritiene che, volta per volta, si devono studiare questi dati: l'altezza a cui vive il malato e in cui fu fatto l'ultimo rifornimento, l'intervallo di tempo che richiede un nuovo rifornimento, la capacità totale della cavità pleurica quando il polmone è completamente collassato, la capacità della cavità pleurica dopo il rifornimento (varia ogni tanto), la pressione atmosferica del luogo in cui vive il malato, la pressione atmosferica alla massima altezza tollerata, l'altitudine a cui si può andare senza avere difficoltà. Con calcoli indicati dall'A. si può stabilire l'altezza che può raggiungere impunemente il malato. L.

L'emotorace spontaneo.

M. Davidson e C. Keith Simpson (*Lancet*, 23 marzo 1940) riportano l'osservazione di un giovane robusto di 26 anni che improvvisamente venne colto da intenso dolore al torace destro. All'esame, si riscontra ottusità al torace destro, con soffio bronchiale e spostamento dell'apice cardiaco verso sinistra; il paziente si fa sempre più inquieto e si manifesta uno stato di collasso, con polso a 140; al torace destro, ottusità assoluta e soffio anforico; una puntura esplorativa dà esito a sangue puro. Morte a meno di due giorni dall'inizio. All'autopsia, si rileva la rottura spontanea di una bolla apicale, consecutiva a tubercolosi apicale svoltasi nel completo silenzio dei fenomeni e guarita. Tale rottura aveva determinato un pneumotorace il quale, a sua volta, aveva stirato e rotto delle aderenze da cui un'emorragia lenta e continua.

In un lavoro di Jones e Gilbert (in *Amer. rev. of tub.* del 1936) sono analizzati 24 casi di emotorace spontaneo, 19 dei quali si sono manifestati, come il caso degli AA. sopra citati, nel pieno benessere dell'individuo. In tutti, si trattava di uomini, di età dai 17 ai 44 anni; ripartizione quasi uguale fra i due lati del torace. In 6 casi morte, che in 3 casi, ebbe luogo entro 24 ore dall'inizio. Un fatto su cui questi autori richiamano l'attenzione è che in 9 casi, predominavano i sintomi addominali (dolore, nausea, vomiti, diarrea), per cui in 5 si era pensato ad intervenire chirurgicamente ed in 2 si fece addirittura la laparatomia esplorativa, che diede reperto negativo. Nei pazienti che sopravvissero, la guarigione fu rapida in alcuni casi (anche entro 10 giorni) e lenta in altri (fino a 98 giorni).

La causa più comune e meglio comprensibile è data dal trauma. Più difficile è la spiegazione del fatto nel così detto emotorace primario idiopatico, specialmente nei casi in cui l'anamnesi esclude la tubercolosi. Trattasi generalmente di rottura di aderenze, che possono essere dovute anche a broncopolmonite cronica.

Il trattamento è unicamente sintomatico; qualche autore ha tentato, e sembra con successo, il drenaggio di suzione della cavità pleurica; ma vi è da temere che, con questo procedimento, si arrivi ad una riespansione del polmone, il che peggiorerebbe le condizioni.

fil.

Il blocco toracico da sforzo.

Lian e G. Tardieu (*Soc. méd. hôpitaux*, 16 febbraio 1940) descrivono una particolare sindrome respiratoria, consistente in una brutale costrizione del torace in tutta la sua altezza, che rende la respirazione imperfetta ed inchioda sul posto il paziente per qualche minuto; egli riprende poi tranquillamente il suo cammino, ma gli stessi disturbi possono riprodursi qualche minuto più tardi.

L'assenza di dolore, di ansia, l'estensione della costrizione a tutto il torace, le circostanze eziologiche (tossicolosi cronici senza affezione cardio-vascolare) dimostrano che tale sindrome va ben distinta dall'angina pectoris ed è diversa anche dalla dispnea da sforzo, per la subitaneità della comparsa e scomparsa e l'assenza di aumento di frequenza respiratoria.

In qualcuno dei loro malati, gli AA. hanno veduto che la compressione del seno carotideo e specialmente quella dei globi oculari possono provocare la sensazione di blocco toracico con movimenti respiratorî non accelerati e di debole ampiezza. Essi ritengono, pertanto, che il blocco toracico possa essere dovuto ad un bronco-spasmo dei muscoli respiratorî ed in rapporto con un'amfotonia neurovegetativa a predominanza vagale.

In una delle osservazioni di Lian, il blocco si è avuto in seguito ad uno sforzo poco considerevole ed è stato accompagnato da perdita breve ma completa di conoscenza. In un altro caso, in cui pure si trattava di un tossicoloso cronico, si sono avute nelle stesse circostanze due sincopi, soltanto in seguito a salita rapida di un piano di scale e breve corsa di una quarantina di metri.

Si è portati a pensare che in questi tossicolosi cronici, una marcia rapida provochi probabilmente un'insufficienza dell'ematosi e che questa determini, a sua volta, un riflesso sincopale in individui con sistema nervoso vegetativo ipereccitabile. Anche il blocco toracico, in malati di tal genere, è probabilmente dovuto ad un disturbo parossistico dell'ematosi che scatena uno spasmo riflesso dei bronchioli e dei muscoli respiratorî. *fil.*

L'uso della coramina nella vecchiaia.

La coramina, farmaco ad azione simile a quella della canfora, deve la sua larga applicazione terapeutica alla eccitazione duratura che esercita sul centro vasomotore e sulla respirazione, e alla sua scarsa tossicità. Utilissima è la coramina secondo A. Shmeiderbauer (*Mediz. Welt*, n. 6 1940) nelle malattie respiratorie e circolatorie dei vecchi. Risultati particolarmente buoni si ottengono nelle bronchiti croniche degli enfisematosi e nel frequente asma bronchiale senile: infatti oltre alla azione eccitante i centri vasomotorio e respiratorio, la coramina dilata la muscolatura liscia circolare del sistema bronchiale e favorisce la espettorazione. Nei casi di asma accentuato si iniettano fino a 3 fiale al giorno, nei casi più leggeri può bastare una prolungata somministrazione orale (3 volte 15-30 goccie). Nella polmonite dei vecchi la coramina è utile perchè stimola la respirazione, eccita il centro vasomotorio e favorisce la espettorazione. La coramina rende il respiro più profondo e questo è utilissimo nella terapia della polmonite senile che colpisce polmoni enfisematosi. Nelle malattie circolatorie dei vecchi la coramina è sempre indicata: infatti essa non innalza la pressione sanguigna che nei casi di ipotonia. La si usa soprattutto nel collasso acuto e negli stati di pre-collasso nel corso di malattie infettive o di malattie cardiache. È consigliabile dare la coramina accanto alla digitale in tutte le forme di insufficienza cardiaca cronica: 3 volte al giorno 20 goccie, per settimane o per mesi a seconda dei casi. Somministrata per via endovenosa insieme ai preparati digitalici nella insufficienza cardiaca dei vecchi, la coramina evita una caduta pericolosa della frequenza del polso ed elimina il fattore broncospastico della dispnea. In molti casi di semplice debolezza senile riesce utile la somministrazione orale di coramina: 20 goccie 3 volte al giorno, per molti mesi di seguito.

P.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. F. G. da S. N. di C.

La notizia data nel n. 18 sull'uso delle *foglie di olivo in terapia* conteneva tutto quanto di interessante si poteva desumere dal lavoro degli autori ivi citati. Pura e semplice segnalazione di uno studio essenzialmente chimico e farmacologico che, per essere portato sul terreno della pratica, dovrebbe essere sviluppato clinicamente. Le esperienze sono state fatte sulle sostanze estratte e non già direttamente con le foglie di olivo, sicchè nessuna indicazione si ha sull'uso di queste, che dai fitoterapisti sono state raramente prese in considerazione e soltanto come febbrifugo.

fil.

VARIA

La supposta azione vitaminica del Karkadè.

Secondo le prime determinazioni chimiche sul contenuto in acido ascorbico del karkadè (*Hybiscus sabdariffa*) fatte da Parri, questa droga appariva particolarmente ricca di vitamina C, contenendone da g. 0,303 a g. 0,580 per cento. Successive esperienze di controllo eseguite da Lorenzini non confermarono per nulla questi dati.

Recentemente, F. M. Chiancone (*Quaderni della nutrizione*, dicembre 1939) ha ripreso lo studio della questione, incominciando con una preparazione esatta dell' infuso, che veniva poi concentrato e saggiandone il potere vitaminico su cavie tenute a regime carenzato. Tutte le cavie, a cui veniva somministrato soltanto tale infuso concentrato come sorgente di vitamina C, sono morte con evidenti segni di scorbuto; mentre quelle di controllo, tenute allo stesso regime, ma con aggiunta di acido ascorbico in dosi adeguate, sono rimaste in vita, con un regolare accrescimento del peso corporeo.

Il karkadè si è, quindi, dimostrato praticamente privo di attività vitaminica C, anche se somministrato a dosi elevate, pari a 2 grammi di droga secca *pro die* e per cavia.

Vi sarebbe, quindi, una discordanza fra i risultati dell'analisi chimica e quelli della prova biologica. Si fa però osservare che le cifre così elevate di Parri non sono state riscontrate da nessuno; altri ha ottenuto delle quantità di circa 1/7 di tali cifre ed altri risultati del tutto negativi, il che si spiega considerando che nessuno dei metodi chimici di dosaggio, il che si spiega considerando che nessuno dei metodi chimici di dosaggio dell'acido ascorbico può ritenersi assolutamente specifico. Comunque, la prova biologica ha un valore decisivo nel giudizio sull'attività vitaminica ed essa è stata, come si è visto, del tutto negativa.

fil.

LA PAGINA DELLO SPECIALISTA

APPUNTI DI TERAPIA DERMATOLOGICA

Eczema subacuto o cronico.

Ricordi clinici. — L'eczema subacuto o cronico può succedere all'eczema acuto oppure sorgere come tale.

Il prurito accompagna sempre l'eczema cronico e talvolta è intensissimo.

Questo eczema è nel suo aspetto molto vario. A chiazze di diversa ampiezza per solito infiltrato con desquamazione di colorito rosso-grigiastro a margini netti oppure sfumati. Può durare un tempo lunghissimo oppure guarire in breve tempo o recidivare con estrema facilità. Può guarire senza alcuna traccia oppure lasciare persistente pigmentazione.

Terapia esterna. — I medicamenti che riescono utili nella terapia esterna dell'eczema sono riducenti (ittiolo, olio di cade, catrami, ecc.).

Si può iniziare la cura saggiando la tollerabilità dell'eczema ai medicamenti. Usare dapprima una pasta all'ittiolo:

Pr. Ossido zinco
Amido di riso
Lanolina
Vaselina . . . . ana gr. 20
Acido salicilico . . . . gr. 2
Ittiolo . . . . » 5

L'ittiolo va successivamente portato dal 5 al 20 % a seconda della tollerabilità e dell'effetto ottenuto. Queste applicazioni possono essere sufficienti a guarire un eczema subacuto.

Spesso invece è necessario passare oltre, cioè a sostanze più attive.

Riesce molto utile l'olio di cade:

Pr. Ossido di zinco . . . .
Amido di riso . . . .
Vaselina . . . .
Lanolina . . . . ana gr. 20
Acido salicilico . . . . » 5
Olio di cade . . . . » 5-15

L'olio di cade ha l'inconveniente di avere odore sgradevole: lo si può sostituire con il Cadogel che è un olio di cade purificato.

Per ultimare la guarigione si può applicare per qualche giorno sulle chiazze di eczema del catrame minerale puro il quale stimolando la epidermide la rinforza e la guarisce. Spesso questo catrame riesce di grandissima utilità ed è il risolvente di certi eczemi che fino allora erano resistenti a tutte le cure.

Il catrame minerale si spalma in buon strato sulla chiazza che si vuole trattare, si lascia la parte scoperta per una mezz'ora in modo che il catrame si asciughi alquanto e quindi si fascia. È sufficiente applicarlo una volta al giorno.

In eczemi ostinati, infiltrati, riescono utili i raggi Roentgen.

Terapia interna. — Dovrei ripetere ciò che ho detto per l'eczema acuto. Non vi sono cure specifiche, però si consigliano i soliti medicamenti cosidetti desensibilizzanti.

Nelle forme molto pruriginose può riuscire utile l'arsenico, specialmente sotto forma di arseniato di sodio per via ipodermica:

Pr. Arseniato di sodio . . . milligr. 2-5
Acqua distillata cc. 1 per una fiala

Scottature.

Ricordi clinici. — Lesioni cutanee più o meno estese dovute a corpi solidi, liquidi, o gassosi fortemente riscaldati che vengono a contatto con la cute. Se la scottatura è leggera si ha semplice eritema (primo grado). se più intensa si ha la formazione di bolle (secondo grado). Se più intensa ancora si osservano delle escare (terzo grado).

Terapia esterna. — Se la scottatura è di primo grado la guarigione avviene spontaneamente in pochi giorni. Sarà sufficiente applicare del linimento oleo-calcareo.

Se la scottatura è di secondo o terzo grado la cura deve essere molto attenta e minuziosa. Si tratta di tenere la cute ben pulita per impedire le infezioni e di allieviare i dolori all'infortunato.

Le bolle è bene non scoperchiarle ma semplicemente pungerle con un ago sterile nella loro parte più declive in modo che, per quanto è possibile, la copertura epidermica resti a coprire la lesione sottostante. Toccature con soluzioni di nitrato di argento all'1 o al 2 % riescono molto utili e quindi impacchi con linimento oleo-calcareo e fasciare. Gli impacchi di acido picrico non sono da consigliarsi perchè possono riuscire pericolosi. Si possono anche usare creme rinfrescanti.

Pr. Soluzione di acetato di alluminio al 2 % . . . . gr. 40
Lanolina . . . . » 40
Vaselina . . . . » 20
Acido borico . . . . » 2

oppure:

Pr. Olio di mandorle
Lanolina . . . . aa. gr. 50
Tintura di benzoino . . . . . . q. b.

Le medicazioni, specialmente se si tratta di scottature molto estese, riescono particolarmente dolorose. Pertanto rinnovare solo ogni 24 ore od anche più se non vi è suppurazione. A questo scopo sterilizzare il più possibile la cute e fare sterilmente le medicazioni.

Non è raro che vi sia invasione di piocianeo con la sua caratteristica colorazione verde. Il nitrato di argento (2 %) serve ottimamente per far scomparire questo germe.

Nelle scottature molto estese possono riuscire utili e graditi al malato bagni prolungati tiepidi.

Terapia cutanea. — Sorvegliare le condizioni generali, seguire la temperatura se vi è. Sorvegliare specialmente i reni.

Prof. P. A. MEINERI
Direttore Ospedale di S. Gallicano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Provvedimenti del Consiglio dei Ministri.

Nella seduta del 4 corr. il Consiglio dei Ministri ha approvato, su proposta del Duce, Ministro dell'Interno:

a) un disegno di legge per la disciplina delle professioni sanitarie ausiliarie infermieristiche e d'igiene sociale, nonchè dell'arte ausiliaria di puericultrice;

b) un disegno di legge concernente le modalità di assunzione delle assistenti sanitarie visitatrici presso gli enti pubblici.

Il primo provvedimento è inteso principalmente a tutelare le qualifiche di infermiera professionale e di assistente sanitaria visitatrice, vietandone l'uso da parte di coloro che non abbiano conseguito il titolo nelle scuole appositamente autorizzate. Esso, inoltre, prevede l'istituzione: *a*) di scuole convitto professionali per il rilascio del diploma di stato di vigilatrice dell'infanzia; *b*) di corsi di specializzazioni nei vari settori dell'assistenza medico-sociale; *c*) di corsi preparatori alla professione di infermiera; *d*) di scuole per il rilascio della licenza di puericultrice.

Il secondo provvedimento sancisce l'obbligo del pubblico concorso per l'assunzione delle assistenti sanitarie visitatrici da parte degli Enti pubblici, fissando in anni 40 il limite di età per adirvi.

Denunzia delle malattie infettive.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato un decreto del Ministro dell'Interno, in data 23 aprile 1940-XVIII, contenente disposizioni che riguardano la denunzia obbligatoria delle malattie infettive. Il Ministro si riserva, sentito il Consiglio Superiore di Sanità, di estendere l'obbligo della denunzia anche ad altre malattie non incluse nel decreto suddetto.

Denunzia degli aborti.

Su proposta del prof. P. Gaifami, il quale aveva rilevato gl'inconvenienti dei vecchi moduli per la denunzia degli aborti, la Direzione generale della Sanità pubblica ha provveduto a modificare i moduli stessi. Vi è allegato un elenco delle più comuni cause di aborto.

Cronaca del movimento corporativo.

Provvedimenti vari.

La Direzione Generale di Sanità pubblica ha diramato una circolare sui compensi ai sanitari ospedalieri per prestazioni agli iscritti ad Enti mutualistici, ed una circolare sull'assistenza chirurgica ai mutuanti dell'agricoltura.

La Confederazione fascista Professionisti ed Artisti ha diramato una circolare sul trattamento economico al personale civile chiamato alle armi, ed ha stabilito una norma sui contratti collettivi integrativi per il personale dipendente dagli studi professionali.

Questi provvedimenti sono resi noti in « Forze Sanitarie » del 31 maggio (Supplemento corporativo).

MEDICINA SOCIALE

Assistenza ai lavoratori agricoli.

La Federazione Nazionale Fascista Casse Mutue Infortuni Agricoli (con sede in Roma, via Torino 29) ha preordinato per suo conto la distribuzione gratuita, anche per quest'anno, di 400.000, cappelli di paglia, mascherine paraocchi, pacchetti di medicazione e rilevante materiale di propaganda delle norme di prevenzione degli infortuni sul lavoro in agricoltura, assicurando inoltre il funzionamento di « posti di pronto soccorso » in tutto il Regno con cassette di medicazione opportunamente attrezzate, in base all'autorizzazione della Direzione Generale di Sanità Pubblica. Identica distribuzione gratuita di cappelli di paglia e mascherine paraocchi sarà fatta dalla suddetta Federazione alle risaiole.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RR. PREFETTURE

Condotte mediche:

Una circolare del Ministero dell'Interno prospetta la necessità nell'interesse degli enti comunali che i concorsi ai posti per medici condotti vacanti al 30 novembre 1938 siano espletati dalle relative commissioni con ogni sollecitudine e in ogni caso non oltre il 30 giugno corr. I termini di presentazione delle domande di ammissione ai concorsi ai posti di medici condotti vacanti al 30 novembre 1939 è prorogato al 31 agosto.

Laboratori Provinciali d'Igiene e Profilassi.

LITTORIA, per medico assistente malariologo; titoli ed esami; stip. L. 14.600; indenn. serv. att. L. 1600; indennità e compensi per servizi fuori sede; tassa L. 50,20; scad. ore 18 del 31 luglio.

CONSORZI PROVINCIALI ANTITUBERCOLARI

ROMA, per direttore del Consorzio e del Dispensario Provinciale; titoli ed esami; stip. L. 25.000; indenn. serv. att. L. 6000; aumenti di L. 2500 ad ogni conferma quinquennale; età limite 21-40 anni. Sono escluse le donne. Scad. ore 12 del 31 agosto. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla segreteria del Consorzio, via IV Novembre 119-A, Palazzo Provinciale.

PESARO. *Ospedale Civile S. Salvatore.* — Al 15 agosto, ore 12, concorso per titoli ed esami a medico primario; stip. L. 16.000 e 6 trienni ventesimo, indenn. serv. att. L. 2000, quota di compartecipazione; se direz. Ospedale L. 4000; età limite 45 a. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla Segreteria dell'Amministraz., via Sabbatani 7.

ROMA. *Ministero dell'Aeronautica.* — È bandito un concorso per titoli e per esami a 50 posti di Tenente in S.P.E. nel Corpo Sanitario Aeronaut. Le domande di ammissione in carta da bollo da lire 6, debbono pervenire al Ministero dell'Aeronautica — Direzione Generale del Personale Militare, Ufficio Concorsi, Sezione I — non oltre il 15 luglio 1940-XVIII. Gli esami avranno luogo a

Roma. Il testo integrale del concorso è pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale », n. 113 del 15 maggio 1940-XVIII e nel « Giornale Ufficiale » del Ministero, dispensa 16, dal 1° giugno 1940-XVIII.

TORINO. *R. Opera Pia Sanatorio S. Luigi Gonzaga.* — Concorso per titoli ed esami a primario chirurgo; L. 7800 e compartecipazione; età limite 45 a. al 24 mag. Scad. 31 luglio. Chiedere copia del bando.

VARESE. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso, per titoli ed esami, a medico di Sezione dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale. Stipendio annuo iniziale L. 13.100 e 4 aumenti triennali e quadriennali di L. 1300 e di 1020; per servizio attivo L. 2000. Scad. ore 18 del 20 luglio. Età limite 45 a. al 25 maggio. Per le altre condizioni richiedere il bando di concorso.

Concorsi a premi.

Lega italiana per la lotta contro i tumori

La Sezione Provinciale di Bari della Lega Italiana per la Lotta contro i tumori bandisce un concorso per un opuscolo destinato a divulgare in forma semplice e piana le principali norme per la difesa contro i tumori.

Il concorso è libero a tutti i medici della provincia di Bari.

I concorrenti faranno pervenire il loro lavoro entro il 30 settembre 1940, a mezzo raccomandata, alla Segreteria della Sezione presso la R. Clinica Medica della R. Università di Bari. Il lavoro non deve superare le otto pagine di stampa (11 × 16; carattere romano; corpo 10); esso deve essere non firmato e contrassegnato solo con un motto da ripetere su una piccola busta chiusa allegata, dentro la quale sarà specificato il nome del concorrente.

Il comitato della Sezione assegnerà, con giudizio insindacabile, al lavoro ritenuto degno, un premio in danaro di L. 500 (cinquecento). Con questo la Sezione acquista tutti i diritti per la stampa e diffusione del lavoro.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il maggiore medico cav. uff. Giovanni Fuccio, squadrista e legionario in Africa, nell'anniversario della costituzione dell'Impero è stato insignito « motu proprio » Sovrano della Commenda della Stella d'Italia, in riconoscimento dei suoi molteplici ed eminenti servizi resi al Paese prima, durante e dopo il conflitto Italo-Etiopico.

Al camerata Fuccio i nostri cordiali rallegramenti.

Il rag. Cesare E. Sartoro, vice-direttore generale dell'Istituto nazionale fascista di assicurazione contro gl'infortuni, è nominato direttore generale al posto del dott. Giulio Calamani, che ha chiesto di essere collocato a riposo.

Nel *dies accademicus* dell'Università di Ginevra, l'anatomo-patologo prof. Max Askanazy è stato nominato dottore *honoris causa*.

Il prof. F. Laignel-Lavastine, clinico psichiatra dell'Università di Parigi, è stato eletto presidente della « Société Médicale des Hôpitaux de Paris » per il 1940.

NOTIZIE DIVERSE

3° Congresso nazionale della stampa tecnica.

Si è tenuto in Milano dal 2 al 4 giugno, con intervento di gerarchi e di molte competenze. Vi ha avuto parte la stampa medica.

Il prof. P. Sangiorgi ha presentato una relazione su « La stampa medica e l'autarchia chimico-farmaceutica »; ha fatto presente l'utilità di un'intesa fra case produttrici, studiosi e stampa medica, affinchè la produzione farmaceutica nazionale più meritevole sia sostenuta e incoraggiata, contribuendosi così all'autarchia, mentre la stampa medica più diffusa ed autorevole verrebbe ad esser resa più efficiente da validi aiuti economici.

Il prof. T. Oliaro ha presentato una relazione sul tema « Per il progresso della stampa medica ». Ha illustrato l'utilità di un'associazione aderente al Sindacato nazionale dei giornalisti e che sia in grado di affrontare e risolvere i problemi riguardanti la stampa medica. Così il problema delle riviste e dei libri editi da Case farmaceutiche, lanciati sul mercato gratuitamente od a prezzi irrisori, il che discredita la stampa indipendente, necessariamente più cara. Si è fermato sulla revisione delle tariffe postali. Si è occupato della diffusione di notizie sanitarie nella stampa politica. A questo riguardo venne votato un ordine del giorno; il prof. P. Piccinini rilevò come la necessità di provvedere sia stata sentita dal Sindacato nazionale dei medici, il cui segretario nazionale, sen. R. Bastianelli, ebbe ad interessarne anche il Ministero della cultura popolare. Vennero sollevati anche altri problemi.

Congressi e convegni vari.

A Napoli, nel salone dei Congressi presso la Mostra delle terre d'Oltremare, si è svolto, dal 30 maggio all'1 giugno, il Congresso di medicina legale, delle assicurazioni e di antropologia criminale, sotto la presidenza del prof. Castellino. All'inaugurazione parlarono il sottosegretario di Stato alla Grazia e Giustizia Ecc. Putzolo, il vicepodestà Schiassi e il prof. Verga per l'Ateneo napoletano. Il prof. Castellino svolse una relazione sul tema « Il meticciato sotto l'aspetto biologico, politico e sociale ».

La relazione venne discussa dai proff. Di Tullio e Cioffi. Furono presentate altre relazioni e comunicazioni dal prof. Gerin (problemi medico-legali in diritto coloniale), dal dott. Starna, dal dott. Lombardi, dal gen. med. Meranghini ecc. I lavori si sono conclusi nel Manicomio giudiziario di Aversa.

I convenuti parteciparono ad un ricevimento offerto dalla Direzione della Triennale.

Per gli atti e per informazioni rivolgersi al segretario-tesoriere del congresso, prof. Gennaro Punzo, aiuto nell'Istituto di medicina legale e delle assicurazioni della R. Università di Napoli, via Luciano Armanni 3 (Santa Patrizia).

Il 24 maggio, nell'Istituto di Fisiologia dell'Università di Napoli, si è tenuta la 15ª adunanza generale della Società Italiana di Biologia Sperimentale, sotto la presidenza del prof. Quagliariello. Il prof. Martini trattò il tema: « La regolamentazione riflessa del respiro ».

Le Sezioni Triveneta ed Emiliano-Marchigiana della Società Italiana di Dermatologia hanno tenuto la 5ª riunione a Padova, sotto la presidenza del prof. Truffi.

Il congedo del prof. Bertino dall'insegnamento.

Il prof. Alessandro Bertino ha lasciato, per raggiunti limiti d'età, l'insegnamento della Clinica ostetrico-ginecologa da lui tenuto nell'Università di Padova. Alla sua ultima lezione sono intervenuti numerosi i colleghi, i discepoli, gli estimatori; erano presenti le autorità.

Ha parlato primo un laureando, il quale ha porto al Maestro l'espressione della riconoscenza e della filiale devozione dei goliardi.

Ha preso poi la parola il prof. Maurizio, il quale, tra l'altro, ha così ricordato l'opera del maestro:

« Il prof. Bertino attinse i primi indirizzi della specialità ostetrica e ginecologica alla scuola di Mangiagalli, e si formò alla scuola del Resinelli, assimilandone la precisione diagnostica, la sicura valutazione clinica e, in modo perfetto, la tecnica operatoria.

Ogni sua tappa esprime l'ardua fatica e le importanti realizzazioni: rifioriscono le Cliniche di Sassari e di Siena, sorge la nuova Clinica di Parma, voluta, ideata dal Bertino; la Clinica di Padova vede salire il suo movimento di ricoverate da 1243 nel 1922 a 3005 nel 1939, si arricchisce di una moderna e completa attrezzatura clinica e scientifica; si vara il progetto della nuova Clinica. Ma il maestro si rivela nella cura con cui egli guida ed assiste i primi passi degli allievi, nella sollecitudine che non conosce soste con cui li accompagna nel progressivo sviluppo.

L'opera scientifica di Alessandro Bertino è espressa nelle cento pubblicazioni tutte permeate di esemplare equilibrio, lavori in cui sono affrontati e risolti con originali ricerche, argomenti e problemi di alto interesse pratico e scientifico, lavori in cui la ponderata esperienza del Clinico consente la serena messa a punto di questioni complesse e dibattute.

Infine spettano al Bertino due importanti capitoli dei recenti Trattati Italiani di Ostetricia e di Ginecologia, nè vanno passate sotto silenzio le numerose pubblicazioni degli Allievi e degli Allievi degli Allievi, che sommano ad oltre 500.

Fiero temperamento sardo, sotto una dura scorza d'intransigenza nasconde e controlla nelle espressioni esteriori, sentimenti altamente umani e paterni. Ben pochi sanno le opere di bene, le quotidiane silenziose azioni fattivamente intese ad alleviare miserie; solo si sa che un vero patrimonio di Radium è stato messo dal prof. Bertino, fin dal 1928, a disposizione della Clinica di Padova, e che recentemente donò del Radium alla Clinica di Sassari; solo si conosce il pesante fardello volontariamente, silenziosamente sobbarcatosi per sostenese iniziative, istituzioni culturali e di beneficenza.

Non per ultima va ricordata la figura patriottica di Alessandro Bertino, « " Tessera ad Honorem " del Partito Nazionale Fascista ».

Espressioni di ammirazione per il Bertino hanno avuto il preside della Facoltà, prof. Frontali, ed il Magnifico Rettore dell'Università, prof. Anti.

Il prof. Martinolli, primo aiuto del Bertino, ha comunicato che gli allievi hanno costituito un comitato per la pubblicazione di un volume di scritti in suo onore. Il Martinolli ha consegnato, quindi, al Bertino una medaglia d'argento.

Il prof. Bertino, vivamente commosso, ha ringraziato i presenti affermando d'aver tratto dalla vita della scuola e della Clinica le sue maggiori soddisfazioni. Fatto l'elogio dei collaboratori, antichi e nuovi, ha tenuto l'ultima lezione, svolgendo magistralmente il tema: « L'evoluzione della terapia del cancro dell'utero nell'ultimo quarantennio » e intrattenendo i presenti sui progressi conseguiti in questo campo durante il periodo accennato.

Calorosissimi applausi sono stati tributati al prof. Bertino.

Conferenze.

All'Istituto Italiano per il Medio ed Estremo Oriente (Centro per lo studio della Medicina indigena asiatica ed africana), il dott. D. N. Kesarbani — presentato dall'E. Accademico prof. Tucci — ha tenuto un'interessante conferenza su « La tubercolosi nella medicina indiana ». Il dott. Kesarbani — medico indiano che compie il perfezionamento presso l'Istituto C. Forlanini — ha mostrato come già nei sacri Veda — che risalgono a 4000 anni a. C. — si trovassero le nozioni sulla tubercolosi, la sua contagiosità e l'efficacia dell'elioterapia. Ha esposto poi i concetti sulla tubercolosi nei pericoli prebuddistico e buddistico, accennando alle provvidenze moderne che si attuano contro la malattia in India, dove la medicina ayurvedica è tuttora in vigore.

Il prof. G. Sangiorgi ha tenuto, nella scuola « Filippo Corridoni » di Bari, innanzi a un denso gruppo di maestri, una conferenza sull'igiene della bocca e dei denti.

L'Ospedale dei Pellegrini in Roma.

È annunziata prossima la demolizione dell'Ospedale della Santissima Trinità dei Pellegrini o Convalescenti. Esso fu edificato nel 1625 per i pellegrini che affluivano a Roma; in seguito, per iniziativa di S. Filippo Neri, fu adibito a convalescenziario; quindi si trasformò in vero e proprio ospedale; divenne sacro al ricordo degli italiani per avere ospitato gran parte dei gloriosi feriti dell'epico assedio del 1849. In esso conservasi tuttora la stanza dove il 6 luglio, dopo una straziante agonia, moriva Goffredo Mameli per la grave ferita riportata da piombo francese nella sanguinosa giornata del 3 giugno. Vi fu ricoverato anche Nino Bixio, ferito nella stessa giornata.

I progetti per la sistemazione del Quartiere del Rinascimento prevedono la demolizione dell'edificio.

Il Comando della Legione Garibaldina ha interessato le autorità competenti, perchè almeno quell'ala di fabbricato che ha assunto importanza storica sia conservata alla venerazione delle generazioni fasciste.

La giusta aspirazione è stata accolta. Infatti, mentre la parte demolita verrà riedificata quale abitazione, la parte storica, e cioè la corsia dove spirò il Mameli (e dove esiste una lapide) verrà conservata: e ciò per il pronto intervento del Ministero dell'Educazione Nazionale.

Convenzione medica tedesco-ungherese.

Il Commissario federale della sanità in Germania, segretario di Stato dott. Conti, accompagnato dal direttore della Sezione straniera della Camera federale medica, dott. Haubold, e dal vice-direttore della Lega delle Casse mediche, dott. Grote, si è recato a Budapest in occasione dell'adunanza della Lega nazionale dei medici ungheresi. Egli comunicò la stipulazione di una convenzione medi-

ca tedesco-ungherese, avente lo scopo di stringere i vincoli tra i due Paesi nel campo medico, mediante: lo scambio di medici per studi pratici e dottrinali; l'organizzazione di viaggi medici; l'invio di medici all'estero; lo scambio di pubblicazioni scientifiche; lo scambio di licenze temporanee d'esercizio.

L'assistenza medica in Svizzera.

Nella Federazione elvetica si contano 544 ospedali, che possono così ripartirsi: 28,8 % generali (cantonali, distrettuali, circondariali e comunali), 2,9 % per sole donne, 3,5 % per soli bambini, 22,5 % per tubercolotici, 12,5 % per mentali, 25 % vari. Essi dispongono di circa 60.000 letti, nella proporzione rispettiva di 33,9, 2,7, 2,5 13,2, 29,0 e 18,7 %.

I medici in Svizzera alla fine del 1938 — secondo dati resi noti recentemente — risultavano in numero di 4734 per una popolazione di 4.176.000 abitanti, il che corrisponde ad un medico ogni 882 abitanti. Gli specialisti figuravano in numero di 1521, cioè 44 % del totale; v'erano 170 direttori d'ospedali, 963 ospedalieri (retribuiti e onorari), 113 addetti all'igiene e alla profilassi (sanitari degli uffici d'igiene, medici scolastici ecc.).

Nelle 5 Facoltà mediche gli studenti in medicina di nazionalità svizzera, iscritti pel semestre 1938-39, furono 1531.

Azioni giudiziarie.

La V Sezione del Consiglio di Stato, pronunziandosi in una causa intentata dal dott. Incandelo contro il Prefetto di Agrigento, ha stabilito che la proroga di 5 anni nei limiti d'età dei concorsi, a favore degli ex-combattenti della guerra europea, e la proroga di 5 anni a favore degli ex-combattenti in A.O.I., stabilite rispettivamente dal R. D. 30 settembre 1922 n. 1290 e dal R. Decreto-Legge 2 giugno 1936 n. 1172, possono cumularsi. Difatti il secondo atto legislativo non prevede un'esclusione ostativa alla cumulabilità dei due benefizi. Tale interpretazione, oltre che rispondere alla « mens legis », trova riscontro nella tendenza della giurisprudenza ad interpretare con benevola larghezza tutte le norme legislative dettate in favore delle benemerenze di guerra.

Notizie sanitarie di guerra.

Promosse dal Presidente dell'Accademia Lancisiana di Roma, sono state tenute, nella sede dell'associazione, due riunioni in cui il gen. Dante Casella e il gen. Filippo Caccia hanno parlato sugli aggressivi chimici e sulle direttive sanitarie nelle zone di combattimento. Ad ascoltare i due oratori convennero accademici, professori universitari, primari, medici d'ogni categoria, studenti.

In Germania, a causa dei molti medici chiamati alle armi, rimane spesso difficile di procurarsi l'assistenza medica d'urgenza. Per fronteggiare questa difficoltà, in Breslavia la Polizia, d'intesa con l'Ufficio d'Igiene, ha compilato una lista dei medici e delle medichesse rimasti disponibili secondo il distretto militare e l'ha comunicata ai commissariati di polizia: in caso d'urgenza basterà dunque rivolgersi al più prossimo commissariato, per sapere quali medici sono disponibili.

A Dresda la clinica ginecologica era stata trasformata in ospedale militare; ma ora i locali sono stati restituiti alle primitive funzioni.

In Sassonia il Commissario regionale dei medici ha lanciato un appello alla popolazione, per esortarla a limitare al minimo indispensabile le richieste dell'opera dei medici, poichè ne restano pochi in servizio civile e sono sovraccarichi di lavoro: hanno anch'essi diritto a qualche ora di riposo.

Il « Deutsche Militärärzt » si è occupato, in più numeri, del trasporto dei feriti mediante aeroplani. In genere viene tollerato molto meglio che quello in ferrovia o in autoambulanza, salvo quando il volo si svolge a quote relativamente alte, se nei pazienti esistono meteorismo (ferite addominali, peritonite), emotorace od anemia (post-emorragica o da altre cause), tutte condizioni con ridotto potere respiratorio. In tali casi la trasfusione di sangue e la somministrazione di ossigeno aumentano molto la tolleranza al trasporto aereo.

In Francia, per sopperire alla deficiente assistenza dei feriti e dei malati rimasti nelle retrovie e nelle città occupate dalle truppe tedesche, le autorità militari e la Croce Rossa hanno diramato l'invito alle dottoresse in medicina di presentarsi ai posti di pronto soccorso e di prestare la loro opera.

In Francia il sottosegretario di Stato alla Difesa nazionale e alla Guerra ha emanato nuove disposizioni, secondo cui gli studenti in medicina e in farmacia mobilitati potranno essere riammessi nelle Facoltà per un periodo massimo di due mesi, dal 15 maggio al 14 luglio 1940, anche se non abbiano ultimato il primo anno di servizio attivo, e presentarsi agli esami e sostenere gli esami di laurea; le spese di viaggio saranno a carico dello Stato. Poi si provvederà alla destinazione nelle zone ove più necessitano medici e infermieri.

Si ha da Berna che alla Camera dei Comuni il Ministro della Sanità ha dichiarato che si stava elaborando un piano per sgomberare i bambini inglesi nel Canadà, nell'Australia e negli Stati Uniti. Secondo altre notizie, lo sgombero comprenderebbe 300.000 bambini.

In Grecia il Presidente del Consiglio Metaxas ha annunziato che i consumi alimentari saranno razionati; le limitazioni riguarderanno sovratutto il pane, il riso, lo zucchero, il caffè ecc.

Nel treno speciale italiano che ha riportato nelle rispettive sedi le rappresentanze diplomatiche della Polonia, dei Paesi Bassi e della Norvegia, in considerazione della lunghezza del viaggio e del fatto che tra i viaggiatori erano persone anziane e bambini, è stato organizzato, a cura delle nostre autorità, un servizio sanitario diretto da un ufficiale superiore.

Un po' dovunque.

Il prof. Nicola Trulli, medico ispettore capo dell'Assistenza sanitaria del Governatorato di Roma, in un incidente stradale riportava la frattura di alcune costole. Riceveva le prime cure al

Policlinico Umberto I e poi si faceva trasportare nella propria abitazione. Formuliamo ferventi auguri di sollecita guarigione.

Si è svolta a Londra il 15 maggio la riunione generale annua della Società per l'assistenza a vedove e orfani di medici. Al 31 dicembre 1939 la sôcietà assisteva 62 vedove e 4 orfani dei due genitori. La società contava 289 membri.

Nel Reale Ospedale Samaritano per donne a Glascow erano addetti tre chirurgi: due uomini e una donna; questa ha sposato un collega. Ella prestava servizio in ospedale dal 1936; il termine del contratto spirò nel settembre 1939. È stata ora licenziata, e la ragione addotta dall'amministrazione è che, nell'interesse dell'Ospedale, due dei tre posti di chirurgo non possono essere tenuti da coniugi.

In Egitto sono segnalati vari casi di peste; la mortalità si aggira intorno al 50 %.

Una donna ungherese che da molti anni era affetta da parkinsonismo, si è rivolta alla nostra Sovrana, per essere sottoposta alla cura da questa patrocinata. La Regina Imperatrice ha súbito disposto perchè, a sue spese, l'inferma sia portata in Italia e curata.

A Cheanshire, nel Massachussetts (S. U. d'A), vive una famiglia, d'origine italiana, in cui attraverso 10 generazioni si erano avuti solo figli maschi; ora è nata una femmina.

In Spagna il Governo ha disposto che un giorno alla settimana si consumerà un piatto unico: misura d'ordine igienico, diretta a favorire la salute del popolo mediante un riposo settimanale relativo degli organi della nutrizione; misura che educa alla disciplina e all'obbedienza collettiva; misura d'ordine morale, perchè conferma che non sono i valori materiali a distinguere e separare gli uomini della nuova Spagna.

Il dott. Lelio Miani, mentre prestava la sua assistenza ad un infermo, a Vignola, è deceduto per paralisi cardiaca; contava solo 45 anni; aveva fama di valente professionista.

Il dott. Giuseppe Cecchi è morto a Milano, in ospedale, per frattura della base cranica, riportata in un investimento stradale.

Si è fondato a Belgrado un « club medico »; il numero dei membri titolari è limitato a 41. Presidente è stato eletto il dott. Cedomil Plavsic; segretario il dott. Lazzaro Stanoyevitch.

Nel Reale Ospedale Navale di Haslar (Inghilterra) si sono avverati due esiti letali durante l'anestesia, per lo scambio di bombole di ossido nitroso e d'anidride carbonica. Non si erano mai prodotti scambi, perchè la colorazione delle bombole è diversa; ma di recente alcune di esse sono state dipinte a nuovo e, non essendosi tenuto conto della diversità della tinta, è potuto avvenire lo scambio, malgrado l'indicazione esterna del contenuto. Si è proposto di differenziare i cilindri mediante la forma e non solo mediante vernici.

Il « Club del libro » di Buenos Aires ha bandito un concorso fra scrittori ispano-americani, per un libro sulla vita, le lotte e gl'ideali del medico; esso deve assumere forma di biografia o di autobiografia e avere per sfondo l'America meridionale. Il primo premio è di 600 dollari (circa 12.000 lire it.).

In Germania un'ordinanza ministeriale del 1° aprile stabilisce due nuovi tipi di ausiliarie della professione medica: le aiutanti medico-tecniche e le assistenti medico-tecniche; la loro preparazione importerà rispettivamente uno e due anni; le prime saranno utilizzate dai medici generici, negli ospedali comuni e negli uffici d'igiene; le seconde dagli specialisti e in istituti specializzati.

Dinanzi al Tribunale Militare di Parigi, costituito da 7 generali e presieduto dal generale Mesnard, è stato giudicato il generale medico Henry Bodet, di anni 56, accusato di abbandono del posto innanzi al nemico, nella regione di Sédan. Il Bodet si è giustificato dell'abbandono per un improvviso indebolimento delle sue facoltà fisiche, intellettuali e morali. Il Commissario del Governo ha chiesto la destituzione e la pena di 10 anni di prigione. Il generale medico, con 5 voti contro 2, è stato condannato a 6 mesi di prigione, in quanto che il Tribunale ha ammesso il momento di debolezza fisica e non ha considerato « l'aggravante della presenza del nemico ».

Nel fascicolo scorso, pag. 1073, 1° necrologio, linee 7-8 leggere: Igiene navale.

Indice alfabetico per materie

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M Courrier